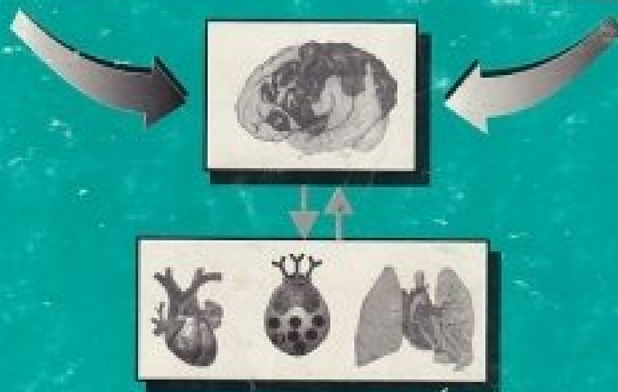
Elemente de psihosomatică generală și aplicată

Sub redacția I. B. Iamandescu







Editura INFO Medica

sub redacţia

Ioan Bradu Iamandescu

Autori:

Grigore Buşoi, Carmen Ciofu, Liliana Diaconescu, Corneliu Dragomirescu, Ina Ionescu, Iolanda Mitrofan, Coralia Mîrşu Păun, Cristian Sever Oană, Fraga Paveliu, Sorin Paveliu, Ovidiu Popa Velea

Elemente de psihosomatică generală şi aplicată

Prefaţă

De la Hipocrat, adevărat părinte al medicinii psihosomatice, şi până în zilele noastre observaţiile clinice au reuşit să aducă în centrul dezbaterilor medicale o serie de factori de ordin psihologic ce participă, direct sau indirect, la debutul şi ritmarea evoluţiei bolii (mergând până la complicaţii sau deces), constituind adesea factori de rezistenţă la tratament sau, dimpotrivă, de potenţare a acestuia.

Treptat s-au acumulat date convingătoare privind comportamentele nocive pentru sănătate (dar şi cele utile pentru sanogeneză), toate având veritabile „rădăcini psihologice“, formulă prin care am încercat să evidenţiez legătura lor cu psihologia medicală.

Un moment fundamental în istoria psihosomaticii l-a constituit apariţia conceptului de stres psihic, legat de numele lui Hans Selye, a cărui viaţă - ca şi cariera sa medicală - a fost asociată cu cea a unui arhitect al catedralei - încă nefinisată - reprezentată de această veritabilă placă turnantă între acţiunea stimulilor psihici şi răspunsul maximal dat de organismul individului sănătos sau deja bolnav.

Aş aduce, în acest moment al unui istoric extrem de sumar al psihosomaticii, un omagiu unui mare precursor, Cannon, care - descriind reacţiile fundamentale ale stresului psihic („fight“ sau „flight“) a pierdut posibilitatea de a ajunge la concluzii similare datorită nivelului încă precar al cunoştinţelor de fiziologie din vremea sa.

Trecând peste formularea principalelor concepte ale psihosomaticii, ce vor fi abordate în două capitole ale acestei lucrări, este suficient doar să definim într-un mod extrem de succint ce este psihosomatica şi ce reprezintă ea pentru practica şi cercetarea medicală. În primul rând ea este o concepţie integralistă a medicinii, prin aceea că ia în considerare nu numai factorii fizico-chimici şi biologici ce intervin în etiologia bolii (modelul bio-psiho-social al lui Engel), ci şi pe cei psihologici. Spre deosebire de psihologia medicală, care şi ea studiază aceşti factori psihici (cu o extensie asupra sorgintei lor sociale, deci factorii psiho-sociali), psihosomatica se apleacă în mod prioritar asupra mecanismelor psiho-fiziopatologice prin care excitaţia psihică este convertită într-o activitate somatică (de la modificări de tonus muscular sau de vasomotricitate cutanată şi până la perturbarea activităţii viscerale).

Aceste procese psihosomatice, legate de activităţile sistemului limbic şi de medierea complexă neuro-endocrino-vegetativă şi imunologică, ancorează adesea - în ciuda unei axiomatice reversibilităţi - într-un proces patologic favorizat de o meiopragie de organ preexistentă, fie datorită unei inducţii genetice, fie edificată în cursul interacţiunii subiectului afectat cu factorii de mediu natural şi social. Mai puţin se vorbeşte despre tulburările somatopsihice care închid un cerc vicios cu tulburările psihosomatice, dar prezenţa lor este reflectată în mod pregnant în deprecierea calităţii vieţii omului bolnav şi în relaţia acestuia cu medicul şi echipa de îngrijire.

O astfel de viziune personală asupra bolilor psihosomatice, edificată în peste două decenii (1974-1999), mi-a fost sugerată de practica medicală de internist şi alergolog pe care am potenţat-o prin noua optică, cea de psiholog - edificată în mod progresiv - de cunoştinţele obţinute prin frecventarea facultăţii de Psihologie între anii 1970-1974. În această direcţie, inclusiv în elaborarea tezei de doctorat cu tematica de Psihosomatică, am beneficiat - ca şi în prezent - de îndrumarea plină de substanţă intelectuală şi bunăvoinţă a D-lui Prof. dr. Radu Păun, un entuziast sprijinitor al introducerii psihologiei în învăţământul medical românesc, inclusiv în clinicile medicale.

Având prilejul să cunosc la faţa locului câteva fièf-uri ale Psihosomaticii europene (Elveţia şi Germania), am constatat că, dincolo de sechelele de tip psihanalitic ale Psihosomaticii clasice, apare tot mai frecvent desprinderea psihosomaticii actuale de cordonul ombilical care o leagă de psihiatrie, accentul abordării medicale psihosomatice punându-se pe elementele unei psihologii actuale, „hic et nunc", dar bazată pe noţiuni recente de psiho-neurofiziologie, endocrinologie şi imunologie.

Legitimitatea includerii unor elemente ale psihologiei în componenţa actului medical („perspectiva psihologică a acesteia") poate fi acceptată de către medici numai dacă o astfel de abordare integrativă a omului bolnav nu face abstracţie de faptul că majoritatea acuzelor somatice - cu care un bolnav „nepsihiatric" se prezintă la consultaţia medicală - este indusă, în primul rând, de cauze „materiale" (fizico-chimice, biologice), asociate sau precedate însă de acţiunea unor factori psihici al căror efect ulterior poate să îmbrace caracterele unui veritabil trigger nespecific.

Revenind la modelele occidentale în privinţa asistenţei medicale a bolilor psihosomatice, am constatat că există clinici cu acest profil în care terapeuţii chemaţi să rezolve problemele pacienţilor cu o astfel de patologie, lucrând obligatoriu „în echipă", fie posedă specialitatea medicală de „psihoterapeut", fie sunt psihologi, fiziokinetoterapeuţi sau chiar internişti cu studii de psihologie.

Aceste unităţi clinice de psihosomatică (există în institute cu acest profil în cadrul Universităţilor de Medicină!) colaborează constant cu un psihiatru „de legătură" care le vizitează periodic.

Faptul că în aceste ţări menţionate s-au conturat o serie de ramuri aplicative ale psihosomaticii, precum psihosomatica ginecologică, reumatologică, etc., a inspirat includerea în cartea de faţă, ca şi în titlul ei, de altfel, a sintagmei de „psihosomatică aplicată".

Acest volum, ilustrând - fie şi incomplet - un domeniu aşteptat de peste un deceniu spre a fi ilustrat printr-o apariţie editorială, încearcă - odată cu problematica pe care o înfăţişează - să acrediteze ideea că un astfel de câmp de interferenţă dintre medicină şi psihologie începe să-şi creeze o bază teoretică românească şi o arie de aplicaţii în sânul unei populaţii afectate de lipsa unor mijloace elementare diagnostice şi terapeutice (remarcă valabilă, desigur, pentru cei mulţi, dependenţi de „compensate").

Din fericire, aceste aplicaţii ale psihosomaticii nu necesită medicamente sau explorări costisitoare, deşi ele amplifică în mod consistent efectul

medicației, ci doar o „părticică de suflet" din partea fiecărui medic angrenat în actul terapeutic şi, ceva mai mult, o riguroasă activitate a psihologului, chemat să întregească - cu armele şi bagajele meseriei sale - tratarea pacienţilor cu boli severe sau cu evoluţie cronică, descurajantă.

Poate că destinul cărţii de faţă este mai puţin acela de a aduce precizări conceptuale şi date noi din domeniul psihosomaticii, cât o tentativă menită a demonstra faptul că psihosomatica a început să se „facă" şi în România, chiar dacă încă sporadic şi lipsită de un sprijin consistent la nivel instituţional (psihosomatica fiind absentă din nomenclatorul specialităţilor medicale, şi din învăţământul superior medical).

Faptul că la elaborarea acestei cărţi au acceptat să participe distinşi colegi cu preocupări susţinute în domeniul psihosomaticii, jumătate dintre dânşii fiind psihologi - absolvenţi sau în devenire - constituie un argument pentru mine, ca editor al lucrării - şi, ani de zile, un „alergător de cursă lungă" pe acest traseu al psihosomaticii - să consider că „numai împreună vom reuşi" să canalizăm un curent de opinie deja existent în favoarea psihosomaticii, pe făgaşul unei organizări instituţionale.

Un optimism incurabil ne îndeamnă să sperăm că se va putea găsi, în cele din urmă, un „algoritm funcţional" (nu politic!) adaptat la realităţile medicale din ţara noastră, inclusiv interlocutori avizaţi în rândul factorilor decizionali, academici sau instituţionali, cu toţii capabili să ofere un cadru legal, organizat, de dezvoltare a psihosomaticii. O astfel de perspectivă ar putea conduce, în mod sigur, la optimizarea actului medical şi la o mai demnă postură a omului suferind.

Aduc mulţumirile noastre colectivului redacţional al Editurii Infomedica pentru realizarea în condiţii optime şi în timp record a tehnoredactării volumului de faţă.

În ceea ce priveşte destinul lucrării noastre, aşteptăm cu interes verdictul unui public de cititori interesaţi de psihosomatică pe care ni-i dorim a fi critici constructivi, mânaţi de aceleaşi bune intenţii precum acelea ale autorilor acestei cărţi.

Conf. dr. Ioan Bradu Iamandescu

Sumar

I. Psihosomatică generală

1. Introducere. Spre o psihosomatică modernă 1
Ioan Bradu Iamandescu

2. Concepte clinice fundamentale în psihosomatică.............15
Grigore Buşoi

3. Tulburări şi boli psihosomatice. Tentativă de reformulare a unor concepte generale ale psihosomaticii...................25
Ioan Bradu Iamandescu

4. Stresul psihic - concept fundamental ancorat în psihosomatică 41
Ioan Bradu Iamandescu

5. Mecanisme adaptative de ajustare (coping) în stresul psihic. Implicaţii în practica medicală.............................61
Ovidiu Popa Velea

6. Hormonii de stres...73
Fraga Paveliu, Sorin Paveliu

7. Abordarea psihosomatică a bolnavilor

a. Principii generale de abordare psihosomatică 89
Ioan Bradu Iamandescu

b. Algoritm de abordare a bolnavilor psihosomatici..........................97
Ovidiu Popa Velea

c. Relaţia de comunicare în medicina de familie 113
Cristian Sever Oană

8. **Elemente de psihoterapie a bolnavilor psihosomatici**

a. **Psihoterapia experiențială în bolile psihosomatice 127**
Iolanda Mitrofan

b. **Impactul psihosomatic al muzicii - premisă a muzicoterapiei.......143**
Ioan Bradu Iamandescu

9. **De la grupurile Balint la modelul Monte Verita - elemente concrete de formare psihosomatică a medicului............159**
Ina Ionescu

II. Psihosomatică aplicată

1. **Psihosomatică cardiovasculară 167**
Ioan Bradu Iamandescu

2. **Psihosomatică reumatologică 193**
Ioan Bradu Iamandescu

3. **Psihosomatică alergologică 205**
Ioan Bradu Iamandescu

4. **Psihosomatică endocrinologică 255**
Fraga Paveliu, Sorin Paveliu

5. **Psihosomatică chirurgicală 271**
Corneliu Dragomirescu, Ioan Bradu Iamandescu, Ovidiu Popa Velea

6. **Psihosomatică oncologică 285**
Coralia Mîrşu Păun

7. **Particularități ale abordării psihosomatice în cadrul medicinei de familie..313**
Grigore Buşoi

8. **Algoritm de investigație psihosomatică în pediatrie.....321**
Carmen Ciofu, Liliana Diaconescu

I. Psihosomatică generală

Capitolul 1

INTRODUCERE.
SPRE O PSIHOSOMATICĂ MODERNĂ, APLICATĂ, ANCORATĂ ÎN COMPLEXITATEA NOILOR COORDONATE ALE ACTULUI MEDICAL

Ioan Bradu Iamandescu

Concepţia psihosomatică în medicină stă la baza diagnosticului şi tratamentului omului bolnav, analizat în mod global, adică prin prisma datelor „medicale" furnizate de examenul clinico-anamnestic şi de investigaţiile paraclinice, dar şi din perspectiva psihologică a trăirilor sale, generate de suferinţa sa patologică şi de către echipa terapeutică. Această concepţie devine o adevărată **mentalitate de abordare a pacientului** de către medicii zilelor noastre (vezi caracterele generale ale acestei concepţii în tabelul 1).

Tabelul 1. Concepţia psihosomatică în medicină. Caractere generale.

1. Concepţie holistică (integrativă) - unitatea dintre SOMA şi PSIHIC. *2. Bazată pe observaţii clinice (confirmate de cercetări epidemiologice), date experimentale psiho-fiziologice, neuro-endocrinologice etc.* *3. Includerea **influenţei mediului social** (mediată prin psihicul bolnavului) asupra bolii (VON UEXKUELL: def. BPS).*	*4. Reliefarea la bolnavii psihosomatici a unei **duble vulnerabilităţi** la stres:* *- psihică* *- de organ* *5. Impunerea stresului psihic ca **factor de risc major în patogeneză:*** *- aparent exclusiv* *- sumativ.*

Înainte de a se decanta elementele concepţiei psihosomatice, aşa cum este ea văzută astăzi ca stând la baza aşa numitei medicine integrative („holistice", „Ganzheitmedizin"), s-a utilizat termenul de „boli psihosomatice", iar în ultimele decenii, cel de „medicină psihosomatică", analiza lor fiind efectuată puţin mai departe (capitolul 2). Indiferent de adecvarea terminologiei şi mai ales de sfera de cuprindere a bolilor psihosomatice (întrucât întreaga medicină este, mai mult sau mai puţin psihosomatică), pentru practica medicală prezintă o imensă importanţă faptul că **circa o treime din tulburările cu care se prezintă pacienţii la consultaţii au exclusiv o cauză psihologică** iar într-o serie de boli (psihosomatice), ca de exemplu infarctul miocardic, factorul psihic a fost statuat ca veritabil factor de risc (vezi tabelul 2).

Tabelul 2. Premise ale aplicării concepţiei psihosomatice în practica medicală

1. Simptomele acuzate de cca. 30% bolnavi = expresia unui stres psihic *- cronic* *- acut* *2. Boala însăşi = sursă de stres*	*3. Factorul psihic* *- agravează evoluţia bolilor* *- factor de rezistenţă la tratament* *- factor de risc în apariţia unor boli (infarct miocardic, HTA, etc.).* *4. Psihoterapia potenţează efectul terapeutic al medicaţiei.*

1. Conceptul de abordare psihosomatică

Abordarea psihosomatică a oricărui bolnav tinde să devină o modalitate curentă în conducerea demersurilor diagnostice şi terapeutice din perspectiva holistică (integrativă) a actului medical. Acest **mod de evaluare a situaţiei concrete a bolnavului, inserată într-un context biologic şi psiho-social**, are în vedere atât datele de patologie propriu-zisă, cât şi pe cele privind comportamentul, dar şi trăirile neexteriorizate ale omului suferind **(pacientul = bolnavul real sau închipuit)**.

Afirmăm că, în prezent, există deja această tendinţă pozitivă, referindu-ne, în primul rând, la medicii unor ţări dezvoltate, în care grija pentru fiinţa umană extinde investigaţiile diagnostice - suplimentate cu investigaţii psihologice - până în **domeniul aprecierii indicilor de calitate a vieţii**, modificaţi de disconfortul psihic şi somatic caracteristic bolii, nu rareori acesta fiind indus de către înseşi mijloacele terapeutice. O preocupare în devenire este şi aceea consacrată **evaluării factorilor psiho-sociali şi socio-economici ai complianţei terapeutice**.

Această "tendinţă" a fost prezentă, de la Hipocrat şi până în zilele noastre (vezi tabelul 3 - istoricul Psihosomaticii), la toţi acei clinicieni cu trăsături relaţionale, naturale sau cultivate prin lecturi cu conţinut psihologic, ajutându-i pe medicii respectivi să triumfe într-un mod mai convingător (dar şi mai rapid) asupra bolii.

*Tabelul 3. Istoricul Psihosomaticii **

Unitatea psyche-soma- subliniată încă din Antichitate (Hipocrat)
Filozofii din sec. XVII - Descartes, Spinoza, Leibniz - relaţia minte-corp (dualism)
Johann Christian Heinroth (1773, 1843) - inventatorul termenului "psihosomatic"
***1885** Freud - Instanţele personalităţii, nivele de conştientizare ale proceselor psihice, etapele dezvoltării instinctuale, transfer, psihanaliză*
***1899** Pavlov - Influenţa emoţiei asupra proceselor fiziologice, reflexele condiţionate*

1912 Adler - Locus minoris resistentiae
1922 Deutsch - Nevroze de organ
1943 Fl. Dunbar - Profiluri de personalitate specifice pentru fiecare BPS
1946 Selye - Sindromul general de adaptare (SGA)
1950 Alexander - Specificitatea conflictului
1957 Hinkle, Wolff - Factori de mediu = rol determinant
1963 von Uexkull - Diferenţierea tulburărilor de conversiune
1963 Marty, de M'Uzan - Gândire operatorie
1966 Schafer - Sociopsihosomatica
1973 Sifneos, Nemiah - Alexitimia
1974 Bateson - Teoria generală a sistemelor
1981, 1985 Locke, Besedovsky - Implicarea SP în funcţionarea sistemului imunitar (psihoneuroimunologie).
* reprodus după Dr. Liliana Diaconescu

În ultimele 2 decenii, procesul de instruire a forţei medicale din ţările occidentale include o serioasă educaţie psihologică, concretizată prin "alocarea", în Elveţia de ex., a 6 semestre pentru studierea psihologiei medicale şi psihosomaticii.

Întrucât vom acorda un alt capitol, mai amplu, conceptelor de bază ale psihosomaticii, vom încerca în acest capitol introductiv să prezentăm succint sub formă de tabele, perspectivele şi obiectivele acestei concepţii (inclusiv problemele pe care ea le ridică) (tabelele 4 şi 5). (Toate aceste tabele cu excepţia tabelului 5, sunt reproduse din Psihologia Medicală, I.B.Iamandescu, Ed. Infomedica, 1996, p.107, 108 şi 122).

Tabelul 4. Concepţia psihosomatică - perspective actuale, cu implicaţii în gândirea medicală

1. Remodelarea comportamentelor nocive pentru sănătate, generatoare de boli psihosomatice (fumat, sedentarism, alimentaţie etc.) *2. Stabilirea precisă a ponderii participării SP în geneza şi agravarea îmbolnăvirilor.* *3. Studierea detaliată a corelatelor fiziologice ale emoţiilor.*	*4. Descifrarea mecanismelor convertirii tulburărilor psihice în procese patologice.* *5. Elaborarea de conduite antistres individuale şi colective.* *6. Reumanizarea R.I.P. - medic - pacient.*

În ceea ce priveşte **obiectivele abordării psihosomatice**, ele trebuie să fie acceptate de către oricare medic, întrucât bolnavul prezentat la consultaţie nu este un simplu obiect ce necesită reparaţii. El reacţionează în mod inevitabil, şi în plan psihologic (după Piaget, în planul intelectual, cel afectiv şi cel moral) în cadrul relaţiei sale cu medicul, dar şi acesta din urmă nu

poate şi nu trebuie să rămână indiferent, ca participant la o relaţie duală încărcată masiv cu elemente psihologice. Având în vedere natura dublă a relaţiei („medicală şi psihologică") dintre medic şi pacient dar şi influenţa biunivocă dintre psyche şi soma, abordarea psihosomatică a bolnavului devine nu numai inerentă ci necesită, în plus, o structurare a unor obiective pe care le-am înfăţişat în tabelul 5 (modificat după Iamandescu 1998).

Tabelul 5. Obiectivele abordării psihosomatice

1. Stabilirea ponderii factorului psihic
- *în apariţia BPS (factor de risc asociat)*
- *în ritmarea evoluţiei BPS (trigger - declanşant)*
- *ierarhizarea participării sale etiologice în contextul plurifactorial al BPS*

2. Impactul BPS asupra psihicului bolnavului
- *recului somato-psihic generat de disconfortul simptomelor;*
- *afectarea indicilor de calitate a vieţii şi a inserţiei socio-profesionale*
- *aşteptarea anxioasă a recidivelor bolii*

3. Personalitatea bolnavului
- *premorbidă („primară") ← (factor genetic + factori de risc biografici)*
- *secundară bolii*

4. Tulburări neuro-psihice induse de BPS (sau coexistente ori precedând BPS)

5. Psihoterapia BPS - obiective
- *strategia de prevenire sau atenuare a stresului psihic (SP)*
- *modalităţi de antrenament pentru confruntare cu SP*
- *influenţarea efectivă a simptomelor BPS*
- *prioritatea pentru formule de relaxare şi participare în grup*

6. Asigurarea unei bune complianţe terapeutice
- *parteneriatul pentru sănătate dintre medic şi pacient*
  - *asigurarea monitorizării tratamentului*
  - *combaterea factorilor psihici perturbanţi*
- *implicarea familiei ± personalului medico-sanitar auxiliar în echipa terapeutică (Luban Plozza)*

7. Programe educaţionale şi iniţiative organizatorice pentru diverse categorii de pacienţi (diabetici, cardiaci, reumatici etc.)

2. Argumente privind editarea lucrării

O dată cu "expedierea" problemelor generale ale psihosomaticii în tabelele de mai sus, precum şi cu asigurarea unei reveniri asupra lor în următorul capitol al acestei cărţi, vom insista în această introducere asupra intenţiilor lucrării de faţă. Ea adiţionează o serie de probleme ale psihosomaticii,

văzute de către editor, ca şi de către distinşii săi colaboratori, dintr-o perspectivă personală (ce guvernează şi aplicarea conceptelor respective în domeniile de activitate ale autorilor). Şi totuşi, cartea nu este o simplă juxtapunere a unor tratări (în mare majoritate de către editor) a unor importante aspecte generale şi particulare ale psihosomaticii.

În intenţia princeps a asamblării acestor "elemente de psihosomatică generală şi aplicată" a stat o mai veche viziune asupra acestui domeniu pe care editorul şi-a format-o în anii '70, o dată cu elaborarea primei teze de doctorat din ţara noastră în domeniul psihosomaticii ("Corelaţii psihosomatice în astmul bronşic") sub conducerea şi cu sprijinul autorităţii Prof.Dr. Radu Păun. Elaborarea acestei teze a beneficiat şi de o "deschidere ideologică" (o veritabilă breşă) realizată de Prof. Dr. V. Predescu (un articol definitoriu pentru obiectivele psihosomaticii, în revista "Medicinistul" din 1971), ca şi de aportul informaţional cu tentă exhaustivă adus de prima monografie, "Psihosomatica" (1973), realizată de Prof. Dr. G. Ionescu, cel care avea să adauge ulterior câteva noi şi ample capitole consacrate psihosomaticii într-o lucrare mai recentă a domniei sale, "Psihoterapia" (1990).

Nu trebuie uitate contribuţiile deosebite, deşi mai mult "subterane", la dezvoltarea unei concepţii psihosomatice încă din anii '70 datorate celor doi mari dispăruţi în anul 1997, academicienii Şt.M.Milcu şi Victor Săhleanu.

Revenind la acea viziune propusă de editor asupra Psihosomaticii şi construită prin asimilarea unor date din literatură, în special de şcoală germană, ea s-ar putea defini prin **considerarea psihosomaticii ca fiind un domeniu interdisciplinar - axat pe relaţia dintre medicină şi psihologie - ce acordă o importanţă specială, prin definiţie, rolului factorului psihic în apariţia dar şi în vindecarea (sau ameliorarea evoluţiei) bolilor**. Acest domeniu are la bază o **concepţie generală**, aceea a abordării psihosomatice a tuturor bolnavilor - indiferent de agentul etiologic principal - şi, în acelaşi timp, posedă un **câmp de aplicaţii** într-o serie de domenii ale medicinii în cadrul cărora unele boli (cele denumite psihosomatice) sunt influenţate constant şi precumpănitor de către factorul psihic (Iamandescu 1993).

Cartea de faţă intenţionează să acorde o prioritate tocmai acestei din urmă laturi a psihosomaticii pentru care considerăm potrivit termenul de **Psihosomatică Aplicată**, pornind de la ideea că deja în numeroase ţări occidentale (în Elveţia, de ex., cum se va vedea mai departe), **există ramuri ale psihosomaticii în cadrul principalelor specialităţi ale medicinii (psihosomatică reumatologică, ginecologică, etc.)**. Această intenţie a cărţii se bazează şi pe realitatea unor încercări ale subsemnatului - în alergologie - ca şi ale unor valoroşi colegi, medici sau psihologi, de a aplica în mod constant şi, la nivel de competenţă calificată, - în domeniile lor de activitate - principiile ca şi metodele diagnostice şi mai ales terapeutice, ale psihosomaticii.

De asemenea, au contribuit la apariţia lucrării şi o serie de medici de diverse specialităţi, o mare parte dintre dânşii fiind cadre didactice ale UMF "Carol Davila" Bucureşti, care promovează în activitatea lor profesională concepţia psihosomatică, recunoscând şi tratând în mod adecvat intervenţia factorului psihic în dinamica bolilor din cadrul specialităţilor respective.

Întrucât nu avem încă în ţara noastră o desfăşurare uniformă de forţe ale psihosomaticii în cadrul tuturor specialităţilor clinice medicale sau chirurgicale (nici pe plan mondial nu există încă aşa ceva!), am considerat utilă, pentru medicii şi studenţii în medicină şi psihologie, interesaţi de psihosomatică, atingerea - de către cartea de faţă - a unor obiective - definitorii pentru acest domeniu - ce vor fi prezentate mai jos.

Lucrarea nostră nu este un tratat, nici măcar un manual. Ea reuneşte, în primul rând,o serie de capitole -unele bazate pe lucrări publicate anterior, altele concepute ad hoc - care ilustrează o direcţie generală, de abordare psihosomatică a bolnavilor - **cu implicaţii diagnostice şi terapeutice.** Ea prezintă o serie de domenii (psihosomatica specială, "aplicată") în care **abordarea psihosomatică a unor boli cuprinse în specialităţile medicale** respective este completată de intervenţia psihoterapeutică a unor psihologi avizaţi în procedurile respective şi activând în planul asistenţei medicale alături de medicii specialişti (oncologi, reumatologi, nutriţionişti etc.). Desigur, aşa cum şi titlul, "Elemente de Psihosomatică aplicată" o arată, nu sunt prezentate toate domeniile în care psihosomatica zilelor noastre "şi-a creat ambasade". Editorul a avut în vedere şi alte proiecte personale, ca de exemplu faptul că psihosomatica ginecologică va fi tratată cu ocazia reeditării lucrării "Psihosomatica feminină" (de Văleanu şi Daniel), psihosomatica digestivă şi imunologică vor fi tratate în volumul II al unei lucrări începute în 1993 "Stresul psihic şi bolile interne" ş.a.m.d., dar mai ales faptul că - după apariţia prezentei lucrări - va încerca, într-un viitor apropiat, elaborarea unui tratat de Psihosomatică.

Importantă apare concepţia de bază a cărţii potrivit căreia - **după realizarea elementelor de bază ale abordării psihosomatice a bolnavilor - este necesară o punere în practică (psihosomatică) a acestei concepţii în diversele sectoare ale asistenţei medicale.** În acest caz, va trebui să existe posibilitatea pentru medic de a apela la competenţa psihologului care este de dorit să fie prezent în cadrul echipei medicale, fie în ambulator, fie - mai ales - în unităţile spitaliceşti.

3. Obiectivele lucrării

În zilele noastre patologia psihosomatică afectează 80% din bolnavii care solicită consult medical iar o serie de boli ce contribuie prioritar la mortalitate, în frunte cu infarctul miocardic, recunosc în diversele etape ale evoluţiei lor o importantă participare a factorului psihic. **Această optică a unei abordări psihosomatice generale, realizată într-un cadru specific de patologie** se constituie într-un obiectiv major al lucrării, ale cărei componente sunt următoarele:

1. **Conturarea câmpului de definire al psihosomaticii, ca şi reformularea unor concepte de bază** (tulburări şi boli psihosomatice, personalitatea bolnavului psihosomatic, etc.), în acord cu datele de observaţie clinică dar şi cu mutaţiile survenite în psihosomatica contemporană.

Acest capitol (nr.3) poartă amprenta unor opinii personale şi aşteptăm deja reacţia unor psihosomaticieni străini care au primit versiunea în engleză

a unui studiu (Iamandescu, 1998) ce contestă multe dintre fetişurile vechii concepţii psihosomatice. Pentru a nu fi acuzaţi de o viziune prea personală şi conţinând posibile afirmaţii „discutabile“, capitolul 2 al lucrării prezintă conceptele de bază ale psihosomaticii „oficiale“.

2. Accentuarea faptului că - pe lângă concepţia psihosomatică, devenită obligatorie, ca metodă de abordare a oricărui bolnav, dată fiind reacţia în plan psihologic a acestuia faţă de propria boală - devine tot mai stringentă **delimitarea unor zone de "prioritate psihosomatică" în cadrul specialităţilor clinice ale medicinii, zone de "psihosomatică aplicată"**. Acestea vor putea care să absoarbă în desfăşurarea actului terapeutic o serie de noi forţe aflate de multă vreme pe orbita profesiunii medicale dar - până în prezent - subsolicitate sau chiar respinse datorită unei viziuni anacronice, exclusiv medicale, asupra bolilor somatice sau chiar psihosomatice. Este vorba, în primul rând, de psihologi, sociologi şi cadre pregătite în domeniul asistenţei sociale.

Întrucât Prof. Luban Plozza a creat la Ascona modelul Monte Verita, cel mai complet sistem de abordare psihosomatică a bolnavilor (în special cei cu boli cronice, generatoare de disconfort psihic şi somatic), editorul a încercat în ultimii ani să realizeze, în alergologie, o strategie asemănătoare, incluzând şi **elemente de psihoterapie cu implicaţii de tip placebo sau de psihoterapie suportivă simplă, vizând creşterea complianţei terapeutice**. De asemenea, a început să fie utilizată **muzicoterapia ca adjuvant**, încă insuficient explorat în alergologie, al medicaţiei specifice bolilor respective.

Rezultatele mult superioare şi pe deplin cuantificabile, au obţinut "psihologi de meserie" precum Prof.Dr. Iolanda Mitrofan (promotoare în ţara noastră a "Psihoterapiei Experienţiale"), sau Psih. Coralia Popovici-Păun, aceasta din urmă psihooncolog pe cale să dezvolte o adevărată şcoală de Psihooncologie românească. De asemenea în Clinica de boli de Nutriţie a Institutului N. Paulescu, Prof. Dr. C. Ionescu-Târgovişte, în colaborare cu Psihol. Mariana Costea, investighează constant bolnavii din perspectiva unei concepţii psihosomatice şi au realizat lucrări originale cu privire la rolul stresului psihic în apariţia şi agravarea diabetului zaharat.

Întrucât, până în ultima clipă, cartea de faţă fusese proiectată ca având un singur autor (editorul), o evaluare a tuturor forţelor din ţara noastră angajate în mod competent şi consecvent în câmpul psihosomaticii aplicate nu a constituit un obiectiv al lucrării, aşa încât selecţia care a stat la baza invitării distinşilor colaboratori ai acestei ediţii a inclus numai reprezentanţi ai Capitalei, iar - dintre aceştia - pe cei care au elaborat lucrări, în primul rând cărţi, ce le reflectă un punct de vedere personal (nu "cărţi din cărţi") şi o activitate angajată pe tărâmul psihosomaticii. Fără îndoială că în centre universitare de tradiţie - precum Iaşi, Timişoara, Cluj, Craiova şi, desigur, şi în alte părţi - există preocupări importante pentru psihosomatică dar ne temem că, în multe cazuri, optica acestor abordări psihosomatice este tributară unei mentalităţi psihiatrice, indusă de către psihosomatica "clasică" occidentală şi putând fi concentrată în formula "Psihologia - ancilla Psihiatriae" (parafrazând raportul dintre filozofie şi teologie).

3. Atingând involuntar - în paragraful precedent - **raportul dintre Psihiatrie şi Psihosomatică**, apare ca deosebit de actuală o delimitare a domeniilor de competenţă ale diferitelor specialităţi medicale (inclusiv Psihiatria) în cazul unor pacienţi cu tulburări sau, mai ales, boli psihosomatice. Aşa cum am opinat şi cu altă ocazie, atunci când simptomatologia somatică are o încadrare certă într-o boală de bază psihiatrică şi poate fi abordată, în primul rând, printr-o medicaţie psihotropă, este evidentă implicarea responsabilităţii medicale a psihiatrului. Un exemplu ce mi se pare evident este cel furnizat de anorexia nervoasă care este una din bolile considerate eminamente psihosomatică şi care este tratată prin mijloace aproape exclusiv psihologice în unele clinici de psihosomatică, deşi adesea există un teren de bază cu tulburări psihiatrice majore al acestor bolnavi, ce beneficiază şi de medicaţie psihotropă.

În schimb, o serie de boli psihosomatice, precum ulcerul duodenal sau astmul bronşic, trebuie să rămână în grija internistului sau a specialităţilor corespunzătoare derivate din medicina internă deşi, în marea majoritate a cazurilor, consultaţia psihologică (implicit tratamentul psihologic) nu mai trebuie ignorate, la fel ca şi apelul la psihiatru în cazurile ce reclamă aceasta.

Un element util (deşi nu infailibil) în diagnosticul unor tulburări psihosomatice îl constituie accentul simptomatologiei pe soma, neinfluenţat de psihoterapie dar, în schimb, cu răspuns favorabil la medicaţia simptomatică (atenţie la efectul pseudoplacebo), situaţie în care medicul nepsihiatru apare mai indicat să preia bolnavul respectiv. În schimb, persistenţa unor simptome somatice, coexistând cu tulburări psihice, în ciuda administrării unei medicaţii simptomatice sau chiar agravate de către aceasta (de ex. miofilinul în "nevroza respiratorie"), indică necesitatea consultului psihiatric.

Desigur, **tulburările funcţionale "sine materia"**, cel mai adesea psihosomatice, nu pot fi, de la primul consult, încredinţate unui anume specialist (medicul de familie, internist sau psihiatru) şi, cu atât mai puţin psihologului, până ce nu se exclud cauze organice, pasibile adesea de o evoluţie severă.

Cel mai firesc ar fi ca să existe următoarea secvenţă:

- **consult efectuat de către medicul de familie**, urmat de două variante, având ca rezultat posibil:

a) **Clarificarea diagnostică**, urmată de psihoterapie simplă suportivă ± apelul la psiholog sau, direct, consult psihiatric, dacă "este cazul";

b) **Solicitarea de investigaţii**, inclusiv consulturi de specialitate, urmate - şi ele - de aceeaşi strategie ± apel la psiholog sau la psihiatru.

Nu este decât în favoarea bolnavului o delimitare a sferei de competenţă a diverselor specialităţi care să-l "preia în sarcină" sub cele mai bune auspicii terapeutice. Din păcate, în timp ce psihiatrul are clar definite obiectivele sale - bolnavul cu acuze psihice dominante ± tulburări psihosomatice (secundare traumei psihice cauzale ori unor modificări psihice "idiopatice"

sau din cauze greu detectabile, ca în psihozele endogene) - medicul genralist sau internist ori de alte specialităţi (endocrinolog sau nutriţionist, de ex.), pus în faţa unui bolnav cu tulburări funcţionale ce par legate de un stres psihic anterior sau cronic persistent, are încă o serie de dificultăţi în relaţia sa terapeutică, cele de ordin diagnostic fiind, adesea, depăşite. Aşa de ex. un hipertensiv care, într-un context existenţial stresant (concedierea, de ex.), prezentând valori tensionale crescute pe o durată prelungită, nu pune probleme diagnostice (referitor la trigger-ul psihogen), ci terapeutice, deoarece medicul "somatician" nu are disponibilităţi psihoterapeutice "speciale", iar psihiatrul este complexat de două circumstanţe:

- nemulţumirea, mergând până la revoltă, a bolnavului pentru că a fost trimis la psihiatru ("Ce, domnule doctor, mă consideraţi dezechilibrat mintal?");
- dificultăţile reale, implicate de modificarea schemei terapeutice antihipertensive prin adăugarea unei medicaţii psihotrope care, fie că nu garantează scăderea cifrelor tensionale, fie că ameninţă (în cazul anumitor medicamente) să le crească, pe calea efectelor secundare.

Soluţia este numai una singură: într-un viitor apropiat (în prezent, chiar !), **integrarea psihologului în echipa terapeutică**, cel puţin la nivelele şi în cazurile cu o patologie generatoare de disconfort psihic şi somatic important, ca şi **elaborarea unor criterii care să permită alegerea momentului în care este solicitat medicul psihiatru.**

De asemenea, subscriem la ideea - deja pusă în practică în România - a dotării marilor unităţi spitaliceşti cu un psihiatru "de legătură" care să poată decela şi prelua în sarcină, în mod operativ, pacienţii cu tulburări psihice asociate diverselor maladii.

Următoarele două obiective ale cărţii reprezintă elemente cu caracter de bază teoretică pentru înţelegerea etiopatogeniei tulburărilor şi bolilor psihosomatice.

4. Stresul psihic - concept inerent definirii tulburărilor psihosomatice ca domeniu de interferenţă între normal şi patologic

Un element de maximă importanţă în stabilirea volumului dar şi calităţii solicitării unui medic de familie într-un cabinet de consultaţii îl constituie constatările cvasiunanime ale diverşilor autori în ceea ce priveşte natura suferinţelor (acuzelor subiective sau obiective) pentru care se prezintă la consult pacienţii într-o zi obişnuită de consultaţii. Toate statisticile în această privinţă variază "în jurul valorilor de 30%-40% - pacienţii acuzând tulburări funcţionale cel mai adesea psihosomatice (ca expresie a unui stres acut sau cronic).

O astfel de cifră nu trebuie să ne facă indiferenţi asupra următoarelor implicaţii:

- stresul psihic, responsabil - alături de condiţionarea reflexă - de apariţia tulburărilor psihosomatice (Iamandescu 1993), necesită - în calitatea sa de agent etiologic - atât o **evaluare a condiţiilor de apariţie** (la nivel de colectivitate sau de individ), cât şi **de prevenire ori atenuare** a efectelor sale (principii de conduită antistres);

- interpretarea eronată a contextului etiopatogenic al unor astfel de tulburări, poate să aibă următoarele consecinţe contrastante: atribuirea facilă a unor tulburări, considerate ca funcţionale, stresului psihic şi **căderea într-o capcană a ignorării unor cauze organice** ale tulburărilor respective, cu consecinţe grave privind pierderea unui "tempo" terapeutic; - **ignorarea factorului psihic** (de regulă stresul psihic) şi **consumul excesiv de asistenţă medicală** (în special analize şi explorări extrem de costisitoare) creează veritabile probleme de ordin economic atât pentru pacient, cât şi pentru unităţile sanitare.

Din aceste motive, apare extrem de necesar ca, încă de la acest nivel introductiv al unei cărţi consacrate psihosomaticii, să adresăm un apel tuturor forurilor (nu numai celor medico-sanitare) - implicate în cultivarea şi păstrarea stării de sănătate - pentru a se informa opinia publică (inclusiv, încă pe parcursul educaţiei şcolare, cum sugera Prof. Dr. Radu Păun) asupra problemelor privind condiţiile de apariţie ale stresului psihic, ca şi de prevenire ori atenuare a urmărilor sale (adesea nefaste pentru sănătate dar şi - aşa cum afirma Selye - generând "nefericirea").

Pentru patologie, stresul psihic poate fi, în aceeaşi măsură, şi cauză (vezi apariţia unui infarct miocardic în cursul unui conflict major), şi efect (vezi stresul secundar oricărei boli care afectează individul, prin disconfort somato-psihic sau prin implicaţiile sale asupra inserţiei socio-profesionale a acesteia).

De aceea considerăm că orice lucrare de sinteză în psihosomatică nu trebuie să ignore problematica stresului psihic.

5. Antrenarea verigii neuro-endocrine şi imune în apariţia tulburărilor psihosomatice

Nu se poate vorbi de psihosomatică fără **analiza implicării sistemelor de transmisie a informaţiei de la cortex la soma ("sensul" psiho-somatic** propriu-zis) şi de la **soma la cortex (somato-psihic)**. În cadrul acestor sisteme de transmisie un loc, de mult statuat, este cel al sistemului neuro-vegetativ-endocrin, considerat ca tot unitar, începând de la Gr.T.Popa şi până în zilele noastre, când putem să vorbim mai degrabă de un veritabil "terminal", constând într-o veritabilă "supă de mediatori" ce transmit informaţia vehiculată de terminaţiile nervoase sau ajunsă pe calea torentului circulator sub forma hormonilor (mulţi dintre ei secretaţi de către neuroni, etc.).

Ceea ce ne interesează în acest stadiu al dezvoltării psihosomaticii - care analizează intimitatea celulară şi subcelulară a legăturilor dintre psihic şi soma - este în primul rând participarea endocrină în determinismul tulburărilor şi bolilor psihosomatice, şi aceasta din două motive:

- rezultatele cercetărilor din ultimele 2 decenii au adus date interesante şi relativ cuantificabile despre **hormonii de stres** (este mult mai greu să urmărim şi să cuantificăm - în stadiul actual - procesele de la nivelul cortical şi al centrilor subcorticali, ori la diverse niveluri ale nevraxului într-un stres psihic produs într-un anumit context (ex. emoţia care apare sub formă de furie sau ruşine, etc.) în timp ce dozările hormonale (nici ele uşor de efectuat şi de interpretat) par a ne fi, totuşi, mai la îndemână;
- există o patologie endocrină, în mare parte indusă de stres (cel mai elocvent exemplu Boala Basedow, dar şi alte sindroame endocrine) care evidenţiază o trăsătură mai puţin discutată în literatură: **îmbolnăvirea - sub efectul stresului psihic - a înseşi organelor cu rol de reglare a activităţii somato-viscerale.**

Din aceste motive putem rezuma intervenţia glandelor endocrine în geneza sau ritmarea unor tulburări sau boli psihosomatice sub forma următoarelor modalităţi:

1. **eliberarea constantă - prin definiţie - a "hormonilor de stres"**, în cursul acţiunii diverşilor agenţi stresori şi într-un mod departe de a fi nespecific (dacă ar fi să ne gândim numai la "constelaţia hormonală" din eustress în raport cu cea din distress).
2. **acţiunea diferenţiată a unui pattern al secreţiei hormonale** (aproximativ constant pentru o situaţie stresantă dată), în funcţie de starea receptorilor hormonali şi momentul funcţional (inclusiv anumite leziuni preexistente) ale organului ţintă;
3. predominanţa unui anume răspuns "de stres" **(reacţie catecolaminică sau cortizolică)** în cursul situaţiilor variate dar şi în funcţie de tipul de personalitate şi, mai ales, comportamental al unui individ (de ex. tipul A - mai "permeabil" la acţiunea catecolaminelor, tipul C, supus acţiunii unei hipercortizolemii);
4. **activitatea crescută sau scăzută fiziologic a unei glande endocrine (hipertonie sau hipotonie)**, încă în limitele normalului, dar mai ales afectările, **leziunile endocrine, însoţite de exces sau deficit hormonal favorizează sau antrenează o serie de boli psihosomatice** (de exemplu diabetul zaharat sau hipertensiunea arterială - în sindromul Cushing).

Cât despre antrenarea sistemului imun în apariţia şi evoluţia patologiei este suficient doar să amintim că acest sistem este considerat ca unul dintre cele mai importante (dacă nu cel mai important) sistem de reglare a activităţii organelor şi aparatelor iar legătura lui cu psihosomatica a devenit o veritabilă subspecialitate a acesteia (vezi tratatul de Psihoneuroimunologie al lui R. Ader).

În lucrarea de faţă, un paragraf cuprins în capitolul despre psihoneuroalergologie va analiza unele implicaţii ale sistemului imun în patologia psihoso-

matică, fără a se omite legătura sa intimă şi bidirecţională cu sistemul neuro-endocrin.

***

Reflectând evoluţia generală a patologiei, cu diferenţierile ei inerente progresului cunoaşterii medicale - mai întâi clinice (apariţia "specialităţilor") şi apoi teoretice (fiziopatologia, anatomo-patologia şi histologia, etc.) - **psihosomatica, născută din observaţia clinică, dobândeşte astăzi - sub exigenţele justificate de necesitatea unor dovezi obiective - un caracter tot mai ştiinţific, prin descifrarea unor mecanisme psihofiziologice cuplate de complexele mecanisme de reglare cortico-viscerală**, antrenând verigi "clasice" (sistemul neuro-vegetativ-endocrin) şi moderne (sistemul imun) al căror "terminal" nu mai este exprimat doar de către organele-ţintă, ci de către receptorii celulari sau lumea pestriţă a citokinelor.

În acelaşi timp, **la celălalt pol al psihosomaticii (eminamente practic) al psihologiei clinice** (o ramură a acesteia, încă în formare, datorită dirijării aproape exclusiviste a posibililor clinicieni spre asistenţa psihiatrică), se acumulează tot mai multe forţe şi, mai ales, **mijloace capabile să ofere un suport psihologic solid actului terapeutic** atât sub forma unei asocieri benefice la efectele medicaţiei, cât şi sub forma remodelării unor comportamente nocive pentru sănătate, generatoare de recidive.

Încercând să fie o reflectare a acestor veritabile "frământări" ale terenului actual al psihosomaticii, lucrarea de faţă - purtând pecetea concepţiilor şi activităţii autorilor ei - aspiră la **familiarizarea medicilor şi psihologilor cu un domeniu de care va trebui să se ţină seama**, în mileniul ce ne aşteaptă cu nerăbdare, fie doar şi pentru faptul că una dintre aspiraţiile majore ale următorului secol este constituită de ameliorarea calităţii vieţii, atât a omului sănătos cât şi a celui bolnav.

Bibliografie

1. *Alexander F. - Psychosomatic medicine. Norton, New York, 1950.*
2. *Ader R. (red.), Psychoimmunology - Academic Press - London, New York, 1981.*
3. *Brouchon-Schweitzer Marilou, Dantzer R. - Introduction dans la psychologie de la santé pp.13-42, Presse Univ. France, Paris, 1994.*
4. *Buddeberg C., Willi J. - Psychosoziale Medizin, 2 Auflage, Springer Heidelberg, 1998.*
5. *Coculescu M. - Psychoendocrine stress induced syndromes. Rev. Roum. Physiol., 1989, 26, 233-250.*
6. *Iamandescu I.B. - Corelaţii psihosomatice în astmul bronşic - Teză de Doctorat, IMF Bucureşti, 1980.*
7. *Iamandescu I.B. - Stresul psihic şi bolile interne, Ed. ALL, Bucureşti, 1993.*
8. *Iamandescu I.B. - Psihologie Medicală, Ed. Infomedica, 1996.*
9. *Iamandescu I.B. - Mecanisme psihoendocrine invocate în evoluţia astmului bronşic cu trigger psihogen. Cong. Naţ. I de Psihoneurologie. Acad. Rom., Bucureşti 1996.*

10. *Iamandescu I.B. - Phsychoallergology - Romcartexim, Bucureşti, 1998.*
11. *Ionescu G. - Psihosomatica, Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, 1973.*
12. *Ionescu G. - Psihoterapia. Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, 1990.*
13. *Ionescu Târgovişte C., Prună S., Costea Mariana şi colab. - The signification of stress in the aetiopathology of type 2 diabetes mellitus. Stress Medicine, 1987, 3, 277-284.*
14. *Mitrofan Iolanda - Psihologia experienţială, Ed. Infomedica, Bucureşti, 1998.*
15. *Popovici-Mârşu Coralia şi Nicolau S. - Psihologie şi Cancer. Viaţa Medicală, 26 sept. 1990*
16. *Predescu V. - Concepţia psihosomatică în medicină. Medicinistul, 1971, 1, 17-21.*
17. *Văleanu şi Daniel - Psihosomatica feminină. Ed. Medicală, Bucureşti, 1976.*

***

Capitolul 2

CONCEPTE CLINICE FUNDAMENTALE ÎN PSIHOSOMATICĂ

Grigore Bușoi

Psihosomatica este o concepţie medicală integratoare (are în vedere interrelaţia Psyché-Soma), care permite abordarea unor afecţiuni somatice induse psihic, ca reacţie a unor trăiri emotiv tensionale (factori stresanţi conflicte, pierderi), sau a unor manifestări psihice secundare unor boli organice, inclusiv a unor suferinţe psihocorporale produse prin mecanisme de "reintrare circulare".

Medicina psihosomatică (MPS) este o cale integrativă a aspiraţiei spre cuprinderea globală şi holistă cu care se confruntă medicul practician, în speţă medicul de medicină generală/medicină de familie. Pentru a fi mai aproape de un adevăr profesional, aşa cum rezultă el de pe platforma specialităţii de MG/MF, ar trebui să vorbim de o medicină bio-psiho-socio-eco-logico-somatică în care contextul plurietiologic al afecţiunilor este prezent. Trebuie spus că MPS este o continuare a psihanalizei, care a adus şi a impus perspectiva dinamică şi globalistă. După H.Ey, psihanaliza a permis descoperirea importanţei patogene a frustraţiilor precoce şi a corelaţiei profunde dintre boală şi caracter.

Deschiderea modernă a MPS are ca elemente de reper conceptul de stres şi o mulţime de studii psihosociologice şi transculturale. În acelaşi timp trebuie spus că există o serie de cercetări experimentale care pun în ecuaţie factorii psihosociali, verigile neuroendocrine şi neuroimunologice, inclusiv patologia aferentă, de o largă distribuţie de la cefalee până la dishidroză, de la astm, ulcer şi cancer până la psoriazis şi tulburări de dinamică sexuală.

Ne face plăcere să reiterăm ideea că **medicina geto-dacică a fost prima medicină de factură psihosomatică menţionată în documente**. Iată ce spune Platon în Charmides despre terapeuţii geto-daci: **Zamolxis**, zice un terapeut, ne învaţă că "după cum nu trebuie să încercăm a vindeca ochii fără să vindecăm capul, ori capul fără să ţinem seama de trup, tot astfel nici trupul nu poate fi însănătoşit fără suflet". Pentru asta, adaugă terapeutul, "remediul multor boli este necunoscut medicilor greci pentru că ei neglijează ansamblul".

Într-o derulare istorică, vrem să amintim o serie de autori români care au avut în preocupările lor şi MPS. Dintre aceştia cităm pe V. Sahleanu şi A. Athanasiu, G. Ionescu (Psihosomatica, 1975), V. Văleanu şi C. Daniel (Psiho-

somatica feminină, 1977), I. Cucu (Medicina psihosomatică, 1981), P. Derevenco, I. Anghel şi Adriana Baban (Stresul în sănătate şi boală 1993), I.B. Iamandescu (Stresul psihic şi bolile interne - 1993 şi Psihologie medicală,1996) şi alţii.

Plecând de la unitatea psihosomatică a organismului, MPS relevă patologia în relaţie directă cu viaţa psihică. Astfel, expresii psihologice (emoţii, stres) îşi găsesc corespondent în expresii somatice (simptome, tulburari, boli). Medicul trebuie să stabilească corelaţiile între evenimentele vieţii, desprinse din biografie şi istoricul bolii pacienţilor şi familiilor, cu faptele patologice. Există şi un model de fişă psihosomatică pe care îl lansează Delay.

1. Etiopatogenia tulburărilor şi bolilor psihosomatice

Dimensiunea etiopatogenică a tulburărilor şi bolilor psihosomatice în articulare - factori psihici patogeni, personalitate premorbidă şi teren reactiv, patogenia - permite medicului de familie să abordeze ştiinţific procesele psihosomatice, iar actele medicale să capete consistenţa necesară.

Factori psihici patogeni

Orice realitate exterioară sau interioară pe care o percepem, cu atât mai mult un factor stresant, are o tonalitate afectivă, care poate fi plăcută sau neplăcută. În psihologia patologică, procesele afective, după cum afirmă E. Bleuler, au un rol capital. **Cunoaşterea afectivităţii devine un prim element esenţial în înţelegerea tulburărilor psihosomatice.**

Pentru S. Freud, **anxietatea** apare ca un simţ intern ce previne Eul despre existenţa unui conflict între două tendinţe afectiv opuse (de exemplu dragoste şi ură). Anxietatea, ca şi angoasa, sunt recunoscute ca elemente iniţiale ce stau la baza mecanismelor fiziopatologice ale simptomelor psihosomatice. Angoasa, ne spune Freud, aduce două elemente: pericolul şi reflexul de autoapărare. Un alt factor psihogen este **frustrarea**. De fapt, dacă avem în vedere psihanaliza clasică, şi alte elemente cauzale pot fi luate în discuţie, spre exemplu: dependenţa şi culpabilitatea.

În cadrul relaţiei bine-rău, trebuie spus că omul este bombardat cotidian de o mulţime de **agenţi stresori**, care stimulează, antrenează şi cresc vitalitatea, rezistenţa şi performanţele organismului, agresiuni care, odată ce depăşesc norma individuală sau vin brutal, pot conduce la reacţii patologice psihosomatice, şi în observaţia populară se spune în acest sens: "tot ce-i mult strică" şi "prea mult pe capul bietului om". Se are astfel în vedere cantitatea şi intensitatea, continuitatea şi repetabilitatea agenţilor stresori, dar mai ales celeritatea agresiunii, bruscheţea ei, năpasta căzută sau seria neagră de evenimente.

Dacă în celebra scală Holmes şi Rahe se trec în revistă evenimentele generatoare de stres, cu impact asupra individului, în România în perioade de tranziţie, prin politica adoptată, de "strângerea curelei" şi prin "posturile" sociale induse de "goana pentru asigurarea zilei de mâine", se ajunge la o situare în stres colectiv, mai ales în plan familial, se realizează un eveniment stresant la scară naţională, ce trebuie să sesizeze pe medicii de MG/MF, în calitatea lor de gate-keepers ai sistemului sanitar, dar şi de apărători personali ai sănătăţii indivizilor, în context familial sau comunitar.

Evidenţierea personalităţii premorbide şi a terenului reactiv

Tulburările psihosomatice apar mai frecvent la anumite tipuri de personalitate caracterizate prin:

- reactivitate emoţională crescută,
- susceptibilitate exagerată,
- rigiditate în derularea proceselor corticale,
- agresivitatea externă blocată.

Ar fi interesant de cunoscut de ce unii pacienţi fac nevroze, iar alţii boli psihosomatice şi în ce măsură **personalităţile accentuate**, în formularea lui K. Leonhard, sunt predispuse la boli psihosomatice.

Sunt cunoscute de asemenea tipurile comportamentale de tip A şi B descrise de Friedman şi Rosenman (1959). **Tipul psihologic A** este definit prin ambiţie, competitivitate şi combativitate crescută. Acest tip este predispus clasic la coronaropatie.

R. Kourilsky descrie un tip de personalitate caracterizat printr-o "vulnerabilitate la stres".

Engel şi colaboratorii consideră că subiecţii au o mai mare probabilitate de a deveni bolnavi somatici dacă dezvoltă un complex de renunţare şi cedare ("giving-up, given-up complex") ca răspuns la o pierdere sau ameninţare. Pacienţii par neajutoraţi şi îşi dezvoltă sentimentul de inutilitate, deşi se simt răspunzători pentru cele întâmplate.

Nemiah şi Sifneos au sugerat că o cauză a suferinţei psihosomatice ar putea fi **alexitimia** (incapacitatea de a recunoaşte şi a descrie sentimente, dificultatea de a diferenţia stările emoţionale de senzaţii corporale, ca şi incapacitatea imaginativă).

Opinii asupra existenţei unui anumit tip de personalitate, propriu fiecărei boli psihosomatice, nu au rezistat probei timpului.

Existenţa unui anumit teren reactiv (de exemplu diateza atopică), a unei predispoziţii de organ este mai mult sau mai puţin acceptată. Fiecare individ are un anumit "defect fundamental" ce apare în relaţia neuroendocrină-vegetativă şi în fixarea patogenă, care scoate în evidenţă predispoziţia de organ. Această predispoziţie este denumită de unii autori ca "loc de minoră rezistenţă". Adler emite ipoteza "inferiorităţii de organ". Se poate admite, de asemenea, că anumite teritorii de manifestare ale agresiunilor sunt reperate şi sensibilizate anterior prin diferite procese patogene (de exemplu procesul de metaplazie la nivelul mucoaselor). Bogăţia de receptori ale anumitor teritorii permite cuplarea cu diferiţi mediatori biochimici eliberaţi în procesele fiziopatologice amorsate.

O explicaţie generală propusă este considerată a fi imaturitatea subiecţilor actuali de a face faţă vieţii în civilizaţia contemporană. Organismul face apel la reacţii arhaice cu finalizare motorie (lupta sau fuga). Astăzi, la un om ajuns fiinţă sedentară, exprimările sale reactive în plan fizic sunt reprimate, el fiind obligat organic şi comportamental "să ardă în suc propriu". De aici o bună parte din bolile afiliate psihosomaticii (hipertensiunea arterială, cardiopatia ischemică, cancerul) au devenit boli ale civilizaţiei moderne. Stresul,

situaţiile conflictuale, spune Alexander, apar atât în faza "pregătirii de luptă" şi sunt mediate simpatico-tonic, cat şi în "faza de retragere" când se asociază de regulă parasimpaticotonia. Bolile circulatorii sunt legate mai mult de tipul de reacţie simpatică, pe când cele digestive şi respiratorii sunt legate predominant de reacţia parasimpatică.

Patogenie

În explicarea mecanismelor fiziopatologice implicate în producerea bolilor psihosomatice, remarcăm contribuţiile lui Cannon şi Selye, ale lui Pavlov şi Bâcov, ale lui Alexander şi ale şcolii sale de la Chicago, cât şi ale altor autori, mulţi dintre ei adepţi ai unei medicini psihanalitice reînnoite doctrinar, sau a altor curente moderne cum sunt fenomenologia clinică, sociogenetica sau biopersonalismul.

Simţim nevoia, pentru a lumina mai bine problema discutată, să preluăm unele definiţii ale termenilor vehiculaţi, cum sunt: stres, reactivitate, reacţii de "coping". Astfel, pentru M. Golu stresul psihic reprezintă "o stare de tensiune, încordare şi disconfort determinată de agenţi afectogeni cu semnificaţie negativă, de frustrarea sau reprimarea unor stări de motivaţie (trebuinţe, dorinţe, aspiraţii), de dificultatea sau imposibilitatea rezolvării unor probleme".

R. Williams defineşte **reactivitatea** ca pe un proces, modulat de factori genetici şi de personalitate, prin care creierul interpretează evenimentele ce-i parvin şi trimite mesaje somatomotorii, vegetative şi neuroendocrine la organele ţintă.

În ceea ce priveşte **reacţiile de coping** se au în vedere strategiile adaptative utilizate, adesea inconştiente, de a face faţă situaţiei,de a învinge dificultăţile.

H. Selye concepe **stresul** ca pe un factor agresiv, dar şi ca pe un proces de adaptare al organismului, un răspuns nespecific general la acţiunea agenţilor stresori. Răspunsul la stres se derulează prin reacţii adaptative fiziologice, mediate de verigi neurovegetativ-endocrine. În cadrul reacţiilor de stres pot apărea leziuni histochimice sau chiar histologice, după model von Bergmann.

Mecanismele psiho-fiziopatologice implicate în MPS, deşi nu sunt perfect lămurite, presupun o activare a sistemului nervos central, o prelucrare corticosubcorticală, cu relee importante la nivelul hipotalamusului şi sistemului limbic şi verigi descendente neurovegetative şi endocrine diferenţiate. **Procesul psihosomatic se derulează în şapte secvenţe**: provocarea (agresiunea psihică), receptare (personalităţi sensibile), prelucrare (la nivelul sistemului nervos central), amorsare (neuro-endocrino-metabolică şi imunitară), detectarea (structuri reactive, organe sau aparate ţintă), afectare (de la tulburări funcţionale la boli organice) şi relevare (diagnosticarea, stabilirea corelaţiilor, a cauzalităţii şi adecvarea terapeutică).

2. Clinică şi nosografie psihosomatică

Tabloul manifestărilor clinice psihosomatice propriu-zise este destul de bogat. Unii autori susţin că întreaga patologie medicală ar putea intra sau

intră sub o incidenţă psihosomatică. În ceea ce mă priveşte, mă voi referi strict la manifestările clinice unde raportul factor psihic-răsunet somatic este evident.

Această realitate psihosomatică o reprezentăm într-o suită de tablouri clinice şi o înscriem într-o gramatică a sensurilor (formulare personală - Buşoi 1997) ce permite ordonarea. Astfel, avem:

- simptome şi semne psihosomatice = *prepoziţii psihosomatice*, ca reacţii normale la tensiuni psihice,
- tulburări psihosomatice = *propoziţii psihosomatice*, ca dezvoltări psihofuncţionale,
- boli psihosomatice = *fraze psihosomatice,* ca organizări psihosomatice.

Simptome şi semne psihosomatice (prepoziţii psihosomatice). Sunt reprezentate de manifestări clinice, componente normale asociate emoţiilor, care durează puţin şi sunt rapid reversibile. Termenul de prepoziţie ne este necesar pentru că el exprimă raportul simplu de legătură între emoţie şi simptom. Manifestările clinice din această categorie sunt: palpitaţii (tahicardie), tremor, modificări ale vocii, paloare sau roşeaţă tegumentară etc. Sunt de uz curent manifestările psihosomatice conexe vorbitului în public, care apar la susţinerea examenelor sau, după cum cunoaştem, la prezentarea la medic.

Tulburările psihosomatice (propoziţii psihosomatice). Conceptul de propoziţie psihosomatică ne este folositor pentru că el pune într-o relaţie directă subiectul (pacientul agresat), înveşmântat în atribute, cu predicatul (acţiunea de somatizare), însoţit de complemente.

În acest caz modificările clinice survenite depăşesc firescul, sunt mai ample ca intensitate şi durată şi sunt mai bine structurate. Se simte schema circuitului, iar organul reactiv se individualizeză. Răspunsul la agresiuni psihice brutale poate fi diferit după **particularităţi constituţionale** şi **canalizarea tipului de reacţie.** De exemplu, în spaimă unii pacienţi răspund prin blocaj verbal, alţii prin relaxare musculară, iar frica intensă poate să ducă fie la un debaclu diareic, fie la o contractură musculară rigidă.

La tensiuni psihice intercurente, **răspunsul somatic tinde să devină stereotip** (aceeaşi zonă de reacţie şi aceleaşi simptome). Exemple: cefalee, salve de strănuturi, cascade de tuse faringiană, crize de tahicardie paroxistică supraventriculară, scaune diareice, tulburări de dinamică sexuală, prurit etc.

Persoanele cu un anumit teren reactiv pot prezenta crize de tetanie (la spasmofili), lipotimii etc. Ce este caracteristic la tulburările psihosomatice este faptul că la ele nu se găseşte un substrat organic.

Boli psihosomatice (fraze psihosomatice). Introducerea termenului de frază psihosomatică permite înţelegerea raporturilor de coordonare şi subordonare a elementelor (subansamblelor) constitutive ale bolii: agentul psihosomatogen, personalitatea premorbidă, predispoziţia de organ, amorsarea patogenă, imprimarea morfofuncţională, relevanţă clinică, evoluţia, terapia.

În fraza psihosomatică propoziţia-cheie este dată de agresiunea psihică şi semnificaţia ei în percepţia persoanei agresate, conform celor trei "V": victimă, vinovăţie proprie („ce-şi face omul cu mâna lui“) sau vitregia sorţii (destin genetic). Cei trei "V" constituie cheia ce manipulează zăvorul terapeutic.

Ceea ce pune **eticheta de boală psihosomatică este evidenţierea substratului organic şi strângerea manifestărilor clinice în entităţi bine conturate.**

În discutarea asocierilor posibile între tulburările psihice şi somatice ne oprim la tipul de legătură în care se încadrează şi bolile psihosomatice şi anume la: factori psihici drept cauze ale bolii somatice.

Tulburările psihice ce se prezintă cu simptome fizice sunt heterogene şi dificil de clasificat.

Un termen de referinţă care permite clasificarea este **somatizarea.** Din nefericire el este utilizat în mai multe accepţii: ca un mecanism psihologic subiacent formării simptomelor somatice şi ca o subcategorie a DSM III şi apoi a DSM IV, ca şi în ICD 10, aceea a tulburărilor somatoforme.

Redăm într-o accepţie clasică, **după H.I.Kaplan, tulburările psihosomatice.**

Entităţile prezentate de el în ordine alfabetică le ordonăm şi noi, dar în versiune românească:

acnee
alergie (reacţii)
angină pectorală
aritmii
astm bronşic
boli imune
boala Crohn
cardiospasm
cardiopatie ischemică
cefalee
diabet zaharat
dismenoree
durere sacroiliacă
edem angioneurotic
greaţă
herpes
hipertensiune arterială
hipoinsulinism
hipertiroidism
hipoglicemie
migrenă
neurodermită
obezitate
pilorospasm
poliartrită reumatoidă
prurit anal
psoriazis
rectocolită ulceroasă
sindromul colonului iritabil
sindromul dureros cronic
tuberculoză
ulcerul gastric şi ulcerul duodenal
verucile vulgare
vărsătura

La aceste entităţi se mai pot adăuga: eczema, pelada, căderea difuză a părului, vitiligo, impotenţa şi altele.

În DSM III nu mai apare clasa de tulburări psihosomatice. Se pare că se conturează următoarea diferenţiere: termenul de psihosomatic are în vedere etiologia, cauza bolii şi situaţia clinică, pe când termenul de somatizare apare ca o exprimare a bolii şi o trăire a bolii (comportament de boală).

Iată acum clasificarea tulburărilor somatoforme:

Tulburări somatoforme în DSM IV:

- Tulburare de **somatizare** (se referă la isterie sau sindromul Briquet)
- Tulburare **somatoformă nediferenţiată** (suferinţă fizică inexplicabilă care durează cel puţin 6 luni)
- Tulburări de **conversie** (simptome sau deficite care afectează motricitatea voluntară sau funcţia senzorială)
- Tulburări somatoforme **de tip algic**
- **Hipocondrie**
- **Tulburarea dismorfică** (preocuparea pentru un defect corporal imaginar sau exagerarea unuia existent).

Într-o perioadă de 30 de luni, într-un serviciu de psihiatrie de legătură, Fl.Tudose recunoaşte 297 de cazuri de tulburări somatoforme, ceea ce reprezintă 9,52% din totalul diagnosticelor înregistrate.

Iar în ceea ce priveşte ICD-10 la capitolul Tulburări nevrotice legate de factori de stres şi tulburări somatice (F40-F48), notaţia F45 se referă la tulburări somatice.

În cadrul punctului F45 avem subpunctele (expuse în tabelul 1):

F45.0	Somatizarea (simptome fizice multiple, recurente şi variabile în timp, persistând cel puţin 2 ani)
F45.1	Tulburare somatică nediferenţiată (se referă la tulburările cu extindere sub 2 ani)
F45.2	Tulburare hipocondrică
F45.3	Disfuncţie neurovegetativă somatoformă. Aici îşi găsesc locul formele psihogene de: aerofagie, colon iritabil, diaree, dispepsie, disurie, flatulenţă, sughiţ, hiperventilaţie, urinări frecvente, tuse, spasmele pilorului. Tot aici se încadrează nevroza cardiacă (sindromul Da Costa)
F45.4	Sindromul dureros somatoform persistent (cefaleea psihogenă, lombalgia psihogenă etc.)
F45.8	Alte tulburări somatoforme (în relaţie cu evenimente stresante, deci psihogene): dismenoreea, disfagia ("globul isteric"), prurit, torticolis, bruxism.
F45.9	Tulburări somatoforme fără precizare.

O sarcină de primă importanţă pentru medicul de MG/MF este codificarea şi raportarea afecţiunilor întâlnite.

Încadrarea simptomelor, tulburărilor şi bolilor psihosomatice încă nu este bine pusă la punct. În schimb, în ICPC, clasificarea internaţională a morbidităţii în îngrijirile primare ("primary care"), este facilitată înscrierea şi urmărirea patologiei din practică de MG/MF, punându-se accentul pe motivele solicitării medicului şi constituirea episodului de rezolvare a problemei iniţiate.

3. Demersuri terapeutice în patologia psihosomatică

Medicul de MG/MF ca şi de diverse specialităţi nepsihiatrice în cadrul unui învăţământ modern postuniversitar poate soluţiona o bună parte din problemele psihopatologice ale pacienţilor săi. Întâlnirea între medic şi pacient este primul moment al terapiei, iar comportamentul şi răbdarea medicului constituie condiţii propice deschiderii terapeutice. Fluxul terapeutic este realizat de comunicarea stabilită, iar aici medicina devine artă. Ori de câte ori este cazul se recurge, în cadrul muncii în echipă, la ajutorul psihologului sau psihiatrului. Este important să se reţină faptul că pentru pacient conversia psihosomatică este un mijloc de apărare în faţa agresiunilor psihice, iar recâştigarea statutului de luptător să se facă cu grijă pentru a nu adânci somatizarea sau pentru a evita raptusurile psihotice. A demonta cauzalitatea, a cunoaşte terenul reactiv şi mediul familial posibil viciat, constituie premise care conduc la un tratament psihoterapic adecvat, individualizat sau extins la nivelul grupului.

În cadrul dialogului medic-pacient, bolnavul transferă asupra medicului temerile sale şi medicul trebuie să ştie să dozeze transferul.

În ceea ce priveşte psihoterapia, ea trebuie realizată de către terapeutul avizat, într-un cadru protejat şi o atmosferă de permeabilizare şi încredere. Se cultivă prin mijloace potrivite speranţa.

Procesul psihoterapiei în familie are ca punct de plecare postulatele fundamentale ale psihosociologiei grupului familial, din care reţinem două (în formularea Aureliei Ionescu):

- menţinerea unităţii grupului familial cere ca fiecare membru al familiei să acorde oarecare prioritate nevoilor grupului, dincolo de dorinţele, atitudinile şi opiniile proprii;
- pentru a-şi îndeplini funcţiile esenţiale faţă de societate, grupul familial trebuie să posede obiective unitare şi o conducere unitară pentru realizarea acestor obiective.

Metodele psihologice de tratament nu pot fi însuşite fără o îndrumare practică din partea unei persoane abilitate.

Medicul de MG/MF exercită o influenţă psihoterapeutică sau el chiar face o psihoterapie embrionară. Prin locul şi rolul său în asistenţa medicală, medicul de MG/MF este chemat să facă psihoterapie şi în acest sens el trebuie să-şi dezvolte capacităţile la maximum.

Iar când vorbim despre psihoterapie ea se defineşte în funcţie de cine este implicat în şedinţele terapeutice şi după conţinutul şi metodele folosite.

Psihoterapia individuală, a cuplului sau a familiei va fi aleasă în funcţie de problemele specifice cu care se confruntă terapeutul.

E bine să fie spus că problema centrală a psihoterapiei este comunicarea şi că ea vizează schimbarea. Primul pas spre deschiderea canalului de comunicare este reprezentat de ascultare. Terapeutul nu oferă soluţii, ci el îi ajută pe cei în cauză să găsească soluţii pentru rezolvarea problemelor lor.

În terapia maritală, spre exemplu, i se cere cuplului să identifice problemele pe care cei doi doresc să le soluţioneze.

Manuchian vorbeşte despre terapeut ca despre un regizor, care pune accentul pe diferite acţiuni. Când este vizată interacţiunea dintre membrii familiei avem psihoterapie familială structurală; când se stabilesc scopuri vorbim de terapie familială strategică; când se urmăreşte sporirea spontaneităţii şi independenţei membrilor familiei, terapia capătă atributul "de creştere" ş.a.m.d.

Există o bogată literatură de specialitate privind **tratamentul psihologic** din care reamintim doar patru proceduri: terapii comportamentale, terapii cognitive, antrenamentul autogen (autorelaxarea prin concentrare, Schultz) şi tehnici de meditaţie.

Posibilităţile suplimentare de ajutare a pacienţilor individuali sau grupaţi se pot realiza prin terapie fizică, climatoterapie, muzicoterapie etc.

Ca medicaţie se dau de regulă sedative şi tranchilizante. Dintre neuroleptice se folosesc Tioridazina şi Haloperidolul.

Vrem să prezentăm în continuare **câteva probleme din perimetrul ştiinţei şi artei MPS:**

- abordarea unilaterală, via MPS, a pacientului poate deveni periculoasă,
- medicul trebuie să aibă în vedere fazele de fragilitate psihosomatice legate de restructurările hormonale (pubertate, sarcină, climacteriu),
- trebuie de asemenea să aibă în vedere efectul placebo, dar şi iatrogenia,
- adecvarea reciprocă medic-pacient (uneori schimbarea medicului ameliorează suferinţa),
- folosirea unor procedee ce permit detensionarea inconştientului (de exemplu eliberarea agresivităţii prin mişcări, jocuri, competiţii sportive amicale, drumeţii).

Vindecarea se realizează atunci când dependenţa de medic încetează, când pacientul îşi recâştigă autonomia.

Credem că edificarea unei psiho-socio-fizico-chimioterapii familiale este metoda de tratament a viitorului în tulburările sănătăţii individului şi familiei. Psiho-socio-fizico-chimioterapia cuprinde o paletă largă de mijloace care "învelesc" cuvântul şi se asamblează penetrant pentru influenţarea pozitivă a comportamentelor şi relaţiilor membrilor familiei, inducând acea stare de bine în libertate a întregului multiplu articulat şi nedivizat.

Bibliografie

1. *Alexander F. Psychosomatic Medicine. Its principles and application, New York, 1950.*
2. *Athanasiu A. Elemente de psihologie medicală, Ed. Medicală, Bucureşti, 1973*
3. *Fernandez-Zod'la A. Freud şi psihanalizele, Ed. Humanitas, Bucureşti, 1996.*
4. *Gedler M., Gath D., Mayou R. Tratat de psihiatrie Oxford (ediţia a II-a), Editat de Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România şi Geneva Initiative on Psychiatry, Bucureşti-Amsterdam, 1994.*
5. *Iamandescu I.B. Psihologie medicală, Ed. Infomedica, Bucureşti, 1995.*
6. *Ionescu G. Psihosomatica. Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1975.*

7. Kaplan H.I., Sadock B.J. Comprehensive textbook of Psychiatry/V (vol.2, fifth edition), Williams and Wilkins, Baltimore. Hong Kong. London. Sydney, 1989.
8. Luban-Plozza B., Pöldinger W, Kröger F. Boli psihosomatice în practica medicală, Ed. Medicală, Bucureşti, 1996.
9. Restian A. Patologia informaţională, Ed. Academiei Române, Bucureşti, 1997.
10. Săhleanu V., Popescu-Sibiu I. Introducere critică în psihanaliză, Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1972
11. Săhleanu V. Eseu de biologie informaţională, Ed. Ştiinţifică, Bucureşti, 1973.
12. Săhleanu V. Concepţii despre om în medicina contemporană, Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1976.
13. Văleanu V., Daniel C., Psihosomatica feminină. Ed. medicală, Bucureşti, 1977.
13. XXX - Health promotion research - Towards a new social epidemiology (edited by B.Badura and Ilona Kickbusch), WHO Regional Publications European Series No.37, 1991.

***

Capitolul 3

CADRUL ACTUAL DE DEFINIRE AL PSIHOSOMATICII. TENTATIVE DE REFORMULARE A UNOR CONCEPTE ALE PSIHOSOMATICII (TULBURĂRI ŞI BOLI PSIHOSOMATICE)

Ioan Bradu Iamandescu

Unul dintre paradoxurile ştiinţelor contemporane (vezi cazul Psihologiei, al cărei obiect de studiu este încă nesatisfăcător definit) - este acela de a se opera în plan teoretic şi practic (inclusiv terapeutic pentru medicină) - cu concepte insuficient clarificate din punct de vedere al notelor de definiţie şi, desigur, şi al sferei noţionale.

În ceea ce priveşte definirea bolilor psihosomatice (BPS), cel care doreşte să obţină un reper - inductor al unor acţiuni efective de asistenţă sau cercetare medicală - rămâne dezorientat prin absenţa unor definiţii (ocolite de majoritatea psihosomaticienilor) a acestui grup de boli, cu o pondere considerabilă ca frecvenţă a morbidităţii şi reprezentând o majoră cauză invalidantă sau de deces. Nici DSM-IV nu aduce lumină suficientă în această privinţă, vehiculând termeni ce provoacă confuzie, dată fiind destinaţia lor strictă pentru medicii psihiatri (nici aceştia nu sunt total satisfăcuţi). DSM-IV prezintă obsesia încadrării tulburărilor somatice în sindroame cu etiologie psihică exclusivă, fără a ţine cont că tulburarea somatoformă (de ex. palpitaţiile) poate avea un substrat lezional (coronarian de ex.) sau poate fi produsă alternativ de către stimuli psihogeni sau de către factori nepsihogeni (cafeaua de ex.). Esenţa tulburărilor PS ar trebui să fie în dubla lor natură - tulburări funcţionale reversibile sau tulburări patologice (lezionale) induse de fiecare dată (la omul sănătos sau la cel bolnav) de factori psihici.

Considerând în plan general **carenţele existente în domeniul definirii bolilor psihosomatice**, ele îşi au două explicaţii majore: **confuzia ce se face între termenul de "concepţie psihosomatică" şi cel de boală psihosomatică (BPS) pe de o parte, şi între noţiunea de tulburări psihosomatice (TPS) şi boli psihosomatice (BPS) pe de altă parte.**

Încercând să propunem o serie de reformulări asupra conceptului de BPS, va trebui să separăm "ab initio" această problemă de impas (definirea BPS) de cea a **definirii concepţiei psihosomatice, cu o sferă eminamente teoretică**. Această concepţie, este mult mai bine definită de către majoritatea autorilor contemporani, dintre care am cita pe Von Uexkull: **"interrelaţia dintre corpul, psihicul individului şi mediul său social"**, sau pe Duret:

"orientare holistică a medicinii pluricauzale care studiază nu boala izolată, ci omul bolnav - adică bolnavul, în perspectiva sa nosologică şi ecologică cea mai completă" (vezi tabelul 1).

Tabelul 1. Aplicaţii ale concepţiei psihosomatice
1. ÎN PRACTICA MEDICALĂ
❑ ***În diagnostic***
Metoda generală de investigare
Anamneza psihosomatică:
evidenţiază triggerii psihogeni
stabileşte un modus vivendi cu pacientul
Decelarea unor simptome psihosomatice
Evidenţiază implicaţiile bolii şi mijloacelor terapeutice asupra calităţii vieţii individului
Reumanizarea relaţiei medic - pacient
❑ ***În tratament***
Remodelarea comportamentelor nocive pentru sănătate
Optimizarea complianţei terapeutice
Elaborarea de conduite antistres
- individuale
- colective
Psihoterapia - favorizează verbalizarea trăirilor anxioase legate de discomfortul simptomelor şi nesiguranţa cauzată de boală
- adjuvant al terapiei medicamentoase
- ameliorarea suferinţei psihologice
- suport moral în lupta cu boala şi problemele ei adiacente
- apel la procedeele de grup cu roluri multiple (inclusiv creşterea complianţei terapeutice)
- cuplată uneori cu medicaţia psihotropă.
2. ÎN CERCETARE
Stabilirea
- ponderii SP în patogeneză
- mecanismelor psihoneuroendocrine implicate
Permite
- evaluarea afectării indicilor de calitate a vieţii (în special testarea noilor medicamente)
- introducerea unor metode de realizare a unei anume educaţii medicale a bolnavului
Clasificarea şi omogenizarea unor concepte psihosomatice
Stabileşte valoarea şi limitele diferitelor procedee psihoterapeutice în raport cu tratamentul medicamentos

În interiorul acestei "sfere" se cuprind într-un mod consistent BPS dar şi o parte componentă - mai mică sau mai mare - din celelalte boli fără participare etiologică majoră a stresului psihic (practic sinonimă cu termenul "factor de risc-risc").

În cele ce urmează vom încerca să punctăm locul şi semnificaţia principalilor termeni ce poartă atributele psihosomaticii.

1. Concepţia psihosomatică şi medicina psihosomatică

Concepţia psihosomatică are drept corespondent în practica medicală o **"atitudine teoretică şi terapeutică" (Buddeberg şi colab.) de considerare a bolnavului nu numai din punct de vedere somatic ci şi psihic.** Cu alte cuvinte, **abordarea bolnavului se face global, cu ajutorul mijloacelor "tehnice": deprinse de către medic în cursul formării sale profesionale,** dar şi utilizând date obţinute în cadrul relaţiei psihologice inerente actului medical, şi stratificată, după modelul general stabilit de J. Piaget, pentru orice relaţie interpersonală, în cele 3 planuri: cognitiv, afectiv şi relaţional. Deşi termenul de **"Medicină psihosomatică" (MPS) este un termen cu o sferă de maximă generalitate,** care include practic toată patologia (datorită implicării chiar şi minimale, a factorului psihic în patogeneză şi sanogeneză) - considerăm utilă menţinerea acestui termen într-un sens mai restrictiv.

Susţinem astfel, **definirea MPS de către Buddeberg şi colab., ca pe o "disciplină ştiinţifică ce are ca obiect studierea relaţiilor ce există între factorii biologici, psihologici şi sociali care intervin în explicarea sănătăţii şi bolii", având drept corolar diagnostic şi terapeutic acea abordare holistică (globală) a bolnavului,** mai sus amintită.

Această definiţie se bazează pe modelul bio-psiho-social al bolii creat de către Engel care "înfăţişează într-o manieră holistică ipotezele psihogenetice şi biologice" (E. Heim) despre apariţia şi evoluţia bolii. **Cunoscând implicaţiile factorilor bio-psihosociali în apariţia bolii , putem obţine date extrem de utile despre sanogeneză** care ar putea fi definită ca un ansamblu de măsuri vizând păstrarea, redobândirea sau cultivarea sănătăţii.

Acest model bio-psihosocial al lui Engel a fost completat în anii din urmă de către Ikemi printr-o nouă dimensiune, "existenţială sau ecologică", a fiinţei umane căreia i se recunoaşte dreptul la libertatea deciziei în cadrul unei autocunoaşteri şi a perceperii de către individ a sensului vieţii, ca şi a asumării responsabilităţii actelor sale.

Un astfel de model quadridimensional, propus de Ikemi, apare ca o adevărată "integrare a medicinii psihosomatice estice şi vestice" (care este dealtfel şi titlul unei recente cărţi a aceluiaşi autor).

2. Tulburări psihosomatice (TPS)

Revenind la definirea TPS şi BPS, trebuie atrasă atenţia asupra faptului că **elementele definiţiei mai largi a MPS citate mai sus vor trebui cel mai adesea circumscrise bolilor somatice, nepsihiatrice, deoarece în cazul bolilor psihice relaţia dintre factorii psihosociali existenţiali şi psihicul bolnavului nu are nevoie de nici o demonstraţie, fiind evidentă şi acceptarea ca atare.**

Totuşi, unele tulburări psihosomatice persistente însoţite şi de un intens disconfort psihic şi somatic (precum tinnitusul) pot ocupa o poziţie de asociere, de comorbiditate, cu o tulburare psihiatrică (de exemplu: depresia) chiar dacă aceasta a precedat-o, ambele având o origine psihică.

Din acest motiv vom încerca în cele ce urmează să propunem o definiţie a BPS menită să focalizeze atenţia corpului medical nepsihiatric care le tratează, asupra factorului psihic atât în apariţia, cât şi în ameliorarea lor (rol terapeutic cel mai adesea adjuvant).

Înainte însă de prezentarea elementelor acestei definiţii este necesară definirea tulburărilor psihosomatice (TPS). Considerăm că se poate porni de la o **definiţie potrivită în acest sens, dată de Huber, deşi ea înglobează atât tulburările psihosomatice cât şi bolile psihosomatice**: *"tulburări fizice (corporale) în a căror origine, dezvoltare şi persistenţă intervin factorii psihologici"*. Autorul menţionat operează apoi în cadrul acestei noţiuni o distincţie între:

- **tulburări fără corespondenţă organică** demonstrată (de exemplu unele dureri sau vaginismul) - acestea fiind, în opinia noastră, TPS - şi boli cu tulburări funcţionale stabile (exemplificând prin migrene dar şi prin astmul bronşic, ce are însă o bază organică demonstrată);
- **bolile psihogene însoţite de degradări morfologice** obiective (de exemplu: ulcerul, hipertensiunea arterială şi artrita reumatoidă). N.B. Această a doua categorie o considerăm ca reprezentând bolile psihosomatice propriu-zise (în care se include şi astmul bronşic în prima categorie).

În ceea ce ne priveşte, considerăm că **TPS pot fi definite ca tulburări ample şi durabile ale unor procese fiziologice ca urmare a unei stări de excitaţie psihică anormală cu atributele unui stres psihic, sau reprezintă o condiţionare reflexă la o situaţie anterior stresantă (Iamandescu, 1993).** Weiss menţionează drept o trăsătură specifică a TPS faptul că, şi la alţi indivizi, în afara bolnavului cu TPS analizate, stresul psihic poate declanşa şi influenţa în mod apreciabil evoluţia unor TPS asemănătoare.

Credem că este extrem de importantă **încadrarea TPS în sfera cea mai largă a tulburărilor funcţionale**. Acestea sunt definite de către Garnier şi Delamare cit. de Gay astfel: "tulburări morbide, în general benigne şi reversibile, care par să fie datorate unei simple perturbări ale activităţii unui organ, fără să existe la acest nivel o leziune decelabilă (cu posibilităţile de investigare ale momentului respectiv)".

Tulburările funcţionale somatice (să exemplificăm doar cu două dintre ele, extrem de răspândite: dispneea şi palpitaţiile) pot să apară în condiţii variate: efort fizic, graviditate, introducerea în organism a unor alimente sau substanţe farmacologice (cafea, alcool, medicamente) dar şi în cazul unor excitaţii psihice. În acest din urmă caz, **"tulburările somatice funcţionale cu declanşare psihogenă"** - formulare pe care o presupunem ca definiţie concentrată a TPS - **mai trebuie delimitate de aşa numitele "concomitenţe emoţionale", corelatele fiziologice ale emoţiilor**, sau - după formularea lui Freud - "manifestările expresive ale emoţiilor" (cu toate că, ceea ce Freud desemna - ca exprimare clinică a acestor manifestări - reprezenta, de asemenea, o largă categorie de tulburări psihosomatice). Se cunoaşte faptul că orice proces psihic se însoţeşte de modificări funcţionale somatice de diverse amplitudini în virtutea corelaţiilor dintre cortex şi organele interne, aparatul locomotor plus organele de simţ.

Expresia clinică a acestor modificări este foarte variată însă ea apare cel mai pregnant în cadrul stărilor afective (de unde şi denumirile anterioare menţionate) cu toate că şi procesele cognitive (de exemplu transpiraţia frunţii în cursul unor exerciţii de calcul mintal) sau mai ales cele voliţionale generează, şi ele, modificări perceptibile mai ales la nivel cutanat (de exemplu: vasodilataţia) sau muscular (variaţii ale tonusului muscular, unele mişcări involuntare, etc.).

Încercând să definim aceste modificări somatice sincrone sau consecutive proceselor psihice (în special afective), corespunzând unei "activări fiziologice" după expresia lui Huber, **propunem termenul de "concomitenţe somato-viscerale ale proceselor psihice", (CSVP), inclusiv ale emoţiilor.**

Cu ajutorul unui astfel de termen (CSVP), vom putea diferenţia - aşa cum o fac unii autori - precum Dongier, **în cadrul simptomelor somatice generale nespecifice apărute în cursul emoţiilor - două etape succesive:**

- cea deja menţionată, **a corelatelor somato-viscerale** (componente psihofiziologice ale reacţiei emoţionale) cu tendinţă de revenire rapidă la normal;
- **tulburările psihosomatice, pe care le considerăm ca fiind CSVP mai ample şi mai persistente** ce se pot organiza într-un adevărat pattern psihosomatic, specific fiecărui individ, ce apare cu ocazia stresului psihic (de exemplu unii acuză crampe epigastrice, alţii opresiune toracică, etc.).

De regulă - şi aici cvasiunanimitatea autorilor o recunoaşte - **repetarea sau menţinerea în regim constant (stres cronic) a TPS (considerate de noi ca eminamente funcţionale) conduce în cele din urmă la "organicizarea" lor, cu apariţia bolilor psihosomatice (BPS)**, caracterizate în esenţa lor prin existenţa unui substrat lezional anatomo-histopatologic.

Mecanismele prin care TPS conduc în cele din urmă la apariţia unor leziuni de organ au la bază:

- **persistenţa sau repetarea acţiunii unor factori stresanţi** al căror efect devine în interiorul organismului extrem de agresiv, în cazul emoţiei blocate la exterior (Sivadon) prin dereglările neuro-vegetativ-endocrine frecvente (Delay) inerente oricărei reacţii de stres (a se vedea şi rolul variat, polimorf şi fluctuant al hormonilor de stres - M. Coculescu);
- **suprasolicitarea funcţională a unor structuri - cel mai adesea - grevate de anumite "defecte"** (induse genetic de către alţi factori specifici organului respectiv).

Conceptul de TPS - ca fiind tulburări somatice funcţionale de cauză psihică - făcând parte - cel mai adesea din tabloul clinic al stresului - este eminamente clinic, bazându-se pe autoobservaţia bolnavului sau pe observaţia clinică a medicului. În această din urmă categorie putem exemplifica: creşterea tensiunii arteriale în cursul unui interviu stresant sau apariţia unui eritem al feţei, ignorat uneori de către bolnav. **Trasarea limitelor dincolo de care corelatele somato-viscerale ale proceselor psihice devin tulburări psihosomatice este arbitrară, ea corespunzând - şi fiind la fel de greu de trasat - cu cea care separă o emoţie minimală sau moderată de instalarea unui stres psihic** în cadrul căruia latura sa emoţională este deosebit de amplă şi se prelungeşte adeseori cu mult după încetarea acţiunii agentului stresor.

Întrucât autorii care au utilizat termenul de TPS au avut în vedere tot criteriul clinic de evaluare, considerăm că în **diferenţierea TPS de CSVP, un element ajutător îl poate constitui disconfortul pe care îl relatează bolnavul (de aici termenul de "trouble")**, ca şi producerea unor TPS în faţa medicului, confirmate de acesta.

Cadrul de apariţie al TPS, apreciate în special cu ajutorul mijloacelor clinice - este constituit de prezenţa lor la:

- **omul sănătos** aflat sub acţiunea unui stres psihic (TPS constituie o exprimare somato-viscerală a stresului, de exemplu: încordarea musculaturii cefei, tahicardie, hiperventilaţie, paloare sau eritem al feţei, etc.);

- **bolnavul cu tulburări nevrotice**, a cărui vulnerabilitate faţă de stres sporeşte frecvenţa apariţiei TPS care devin asociate extrem de frecvent tulburărilor psihice propriu-zise ale bolnavului nevrotic. Vulnerabilitatea la stres a acestuia este mult crescută în raport cu cea a subiectului sănătos şi semnificativ mai mare faţă de cea a unui individ cu o BPS fără asocierea unor tulburări nevrotice (Iamandescu, 1980, 1987).

La bolnavii nevrotici persistă adesea o serie de stresuri psihice "atenuate" deci TPS apar în mod frecvent, ceea ce justifică în parte afirmaţia lui Mayer-Gross că TPS sunt în marea lor majoritate tulburări somatice care apar la nevrotici.

- **bolnavii cu BPS**, la care un caracter particular al TPS (de exemplu dispneea la astmatic sau la hipertensiv) este dat de reapariţia acestora cu ocazia stresului, în condiţiile coexistenţei unor leziuni organice pe care TPS le agravează prin intensitatea şi mai ales repetarea lor frecventă. În plus, un bolnav cu o BPS cantonată la nivelul unui organ (de exemplu un astmatic) poate să prezinte TPS afectând reversibil alte organe (palpitaţii, tulburări sexuale);

- **bolnavii cu psihoze**, la care existenţa TPS (să amintim doar tahicardia şi creşterile tensionale, ca şi faciesul vultuos al unor bolnavi în cadrul puseelor de excitaţie maniacală) este certă dar adesea estompată de gravitatea tulburărilor psihice. În orice caz **nu este rară asocierea unei psihoze cu BPS (în cazuistica noastră am urmărit 2 bolnavi cu schizofrenie suferind de ulcer duodenal şi respectiv, astm alergic la polen**; un caz recent: tatăl cu astm bronşic şi tulburări nevrotice, iar fiul, cu astm atopic omonim şi schizofrenie).

Aşa cum se observă în cazul clasificării de faţă, TPS apar nu numai la nevrotici ci şi la subiecţii normali psihic sau la indivizii cu tulburări de personalitate (psihopaţii în vechea clasificare a bolilor psihice) ori la bolnavi cu psihoze exogene sau endogene. **Este adevărată, dar nu în totalitate, opinia unor autori psihanalişti referitoare la rolul TPS de "paratrăznet" sau de focalizarea interesului bolnavilor spre organele afectate**, ceea ce diminuă într-o oarecare măsură tensiunea lor psihică extrem de crescută în cadrul bolii lor de bază, dar în BPS acest rol este doar "consolator" faţă de substratul lezional activat de o mulţime de agenţi etiologici.

3. Bolile psihosomatice

Bolile psihosomatice (BPS), adesea insuficient detaşate de către diverşi autori psihosomaticieni, de tulburările psihosomatice (care în opinia noastră, sunt incluse în sfera BPS şi/sau le preced), au fost nominalizate de şcoala lui Alexander la mijlocul acestui secol, după cum urmează:

- ulcerul duodenal
- colita ulceroasă
- neurodermita (dermatita atopică)
- astmul bronşic
- artrita reumatoidă
- hipertensiunea arterială
- tireotoxicoza

În zilele noastre, **acest capitol de patologie s-a extins considerabil (numai în cardiologie am putea cita: infarctul miocardic, prolapsul de valvă mitrală, sindromul Da Costa, sindromul X - Likoff**, etc.), şi limitele sale nu mai pot fi stabilite decât cu o doză de arbitrar, fapt ce ne-a făcut să considerăm extrem de necesară o tentativă de a defini bolile psihosomatice, atât pe baza criteriilor utilizate divers şi adesea exclusivist, de autorii acestor definiţii (de regulă, psihosomaticieni de sorginte psihanalitică), cât şi pe baza unei experienţe (bazată pe o dublă formaţie, de medic internist şi psiholog) în domeniul unei patologii psihosomatice tipice, aceea a bolilor alergice (cu astmul bronşic cap de listă).

Pornind de la o **definiţie care dilata nepermis de mult sfera noţiunii** de BPS: "toate bolile somatice ce prezintă componente psihologice" (Karasu - 1980) s-ar putea justifica opinia lui **Hinkle, care afirma că, din moment ce toate bolile au implicaţii psihosomatice, ar fi inutilă separarea unui grup de BPS** (de exemplu, am putea include aici şi fracturile generate de neatenţia unui om puternic stresat, care calcă într-o groapă).

Din aceste motive, legate de justificarea unei noi patologii psihosomatice dar şi de extensia maximă a sferei noţionale a BPS - considerăm necesară iniţierea unei argumentaţii care să restrângă acest domeniu al BPS la acele boli care - pe lângă intervenţia factorului psihic în etiopatogenia lor, unanim recunoscută ca element de definiţie - prezintă şi alte trăsături definitorii, uşor de recunoscut (vezi tabelul 2).

1. **Rolul factorilor psihici în etiopatogeneza BPS** trebuie - în opinia noastră mult mai clar precizat şi nuanţat deoarece la o aceeaşi boală, ca de exemplu ulcerul duodenal, unii autori (Weiss) consideră că este vorba de BPS numai în acele cazuri în care este evidentă intervenţia factorului psihic, deşi - în opinia noastră - acelaşi bolnav poate să-şi reactiveze ulcerul, fie după un stres psihic, fie după utilizarea aspirinei.

La această notă a definiţiei BPS, putem sistematiza **intervenţia factorului psihic în etiopatogenia BPS, astfel:**

- **participă alternativ sau sumativ cu ceilalţi factori etiologici organo-specifici** (fizici, chimici, biologici, etc.) la apariţia şi evoluţia BPS (inclusiv complicaţii sau deces).

- mulţi dintre aceşti factori „organo-specifici" sunt rezultatul unor **comportamente nocive pentru sănătate** (studiul Alameda stabileşte 5 factori majori de risc pentru bolile contemporane cu maximă morbiditate şi mortalitate: fumatul, consumul excesiv de alcool, lipsa mişcării, supragreutatea şi somnul redus < 7-8 ore). Aceste comportamente au la bază, cel mai adesea, factori de ordin psihologic.

- **poate crea aparenţa exclusivităţii etiologice**, atunci când ceilalţi agenţi etiologici specifici bolii nu sunt implicabili în momentul respectiv (dar îşi păstrează potenţialul lor patogen în orice alt moment). Când factorul psihic intervine aparent exclusiv, se crează premisele izolării unor forme clinico-etiologice desemnate ca "psihogene", dar nevalidate de cercetările ultimelor decenii. De exemplu, astmul bronşic psihogen a fost negat în lucrările noastre încă din 1980, susţinându-se ideea că declanşarea unor crize de astm de către stresul psihic necesită în mod obligatoriu un teren al cărui substrat este reprezentat de o hiperreactivitate bronşică indusă de factori genetici sau dobândiţi, alergici şi nealergici, diferiţi de factorul psihic.

Chiar dacă există sindroame cu declanşare constantă psihogenă, ca de exemplu urticaria colinergică, **mecanismul de intervenţie al stresului psihic se cuplează la un mecanism mai general, numitor comun pentru ceilalţi agenţi etiologici nepsihogeni** (efortul fizic, sursele de căldură-în cazul respectiv). Astfel, în ultimă instanţă, factorul psihogen rămâne numai unul dintre agenţii etiologici ai sindromului urticarian în cadrul etiologiei pluricauzale a tuturor bolilor psihosomatice.

Există numeroase cazuri de bolnavi cu BPS în care medicul are posibilitatea să constate, de faţă cu bolnavii respectivi, că nici stresurile psihice majore survenite brusc la aceştia nu declanşează imediat manifestările clinice de BPS (neapariţia crizelor la unii astmatici observaţi de noi în cursul unor stresuri psihice situaţionale apărute intempestiv sau al unor stresuri provocate printr-un test propriu de inducere a stresului (Iamandescu, 1980, 1991). Analizând aceşti bolnavi care tolerează, fără simptome clinice de BPS, unele stresuri psihice, am considerat posibile următoarele explicaţii:

● stresul "perceput" de subiect nu a fost identic cu cel anticipat de către observator. Există observaţii clinice (precum cele raportate de Klumbies şi colab. la bolnavii coronarieni urmăriţi prin sugestia sub hipnoză a unor traume psihice anterioare, din biografia acestora) care atestă **importanţa semnificaţiei elective pentru subiecţii respectivi a situaţiei stresante evocate.** Aşadar nu poate fi exclusă în cazurile relatate de noi (bolnavi aparent "rezistenţi" la stres) eventualitatea apariţiei unor crize de astm la aceiaşi bolnavi, în cursul altor stresuri cu un impact afectiv mai mare asupra lor.

● **Bolnavii tineri, cu o vulnerabilitate la stres mai redusă dar şi cu forme incipiente sau uşoare de boală** (9 din cazurile urmărite de noi astmaticii şi urticarienii cu evoluţie discontinuă) **declanşează mai greu pusee - sub acţiunea stresului psihic - decât bolnavii vârstnici sau cei cronici şi cei cu probleme severe ale BPS respective.** Aşa de exemplu, astmaticii

corticodependenţi declanşează în peste 86% din cazuri, crize chiar la stresuri psihice moderate (Iamandescu, 1996) iar bolnavii cu urticarie cronică idiopatică şi evoluţie îndelungată acuză în aceleaşi condiţii cel puţin prurit dacă nu apariţia erupţiei într-o proporţie de 90% (Iamandescu, 1997).

2. **Terenul de apariţie** este reprezentat, în opinia noastră, de **o dublă vulnerabilitate a bolnavului la stresul psihic**: vulnerabilitate psihică şi vulnerabilitate de organ (locus minoris resistentiae).

❑ **Personalitatea vulnerabilă la stresul psihic** - înlocuieşte, în opinia noastră (argumentată de studiul tipurilor de personalitate ale bolnavilor psihosomatici astmatici, urticarieni, hipertensivi şi ulceroşi) aşa-numitele "tipuri de personalitate specifice diverselor BPS", postulate de Flanders Dunbar şi neconfirmate de majoritatea autorilor din ultimele decenii (citaţi în lucrările de sinteză elaborate de G. Ionescu 1975 şi 1990).

Ea are **o sferă mai largă ce depăşeşte aşa-numitul "tip de personalitate specific BPS în general", care includea şi alexitimia, descrisă de Nemiah şi Siffneous, sau alexisomia, de care vorbeşte Ikemi,** trăsături care sunt de neimaginat la subiecţii cu una sau mai multe BPS provenind din lumea artistică. **Bolnavii psihosomatici sunt mari colecţionari de stres** fiind reprezentaţi în planul comportamental (indiferent de structura celorlalte compartimente ale personalităţii) de **subiecţii aparţinând tipurilor psiho-comportamentale A sau C dar şi de cei care prezintă o intensitate crescută a unor trăsături de personalitate** (de exemplu, cote crescute la chestionarul MMPI) (Iamandescu 1980 şi 1993).

Din datele obţinute de noi, rezultă că **vulnerabilitatea la stres a celor cu BPS este intermediară (ca amplitudine a unor trăsături dezadaptative) faţă de cea a bolnavilor neurotici (maximă) şi a subiecţilor sănătoşi (minimă)** (Iamandescu 1980, 1985). Este posibil ca să existe particularităţi la nivel hipotalamic facilitatoare pentru o rezonanţă crescută la stresul psihic, având implicaţii şi asupra sferei somato-viscerale (Von Eiff-1978).

Vulnerabilitatea la stres a bolnavilor cu BPS constă deci, în primul rând, într-o predispoziţie a acestora de a "intra" mai uşor în stres. La tipul psihocomportamental A, stresurile devin inerente prin ambiţia şi exigenţele crescute ale bolnavilor respectivi care prin modul lor de comportament intră deseori în situaţii conflictuale externe (competiţii) şi interne (reprimarea unor motivaţii cu tentă relaxantă) iar în plan fiziologic, reactivitatea lor vasculară la catecolamine (inclusiv nivelul eliberării acestora) este mai intensă şi prelungită decât la tipul B.

În schimb la **tipul C**, lipsa de centrare pe problemă, cu punerea în "paranteză" a situaţiei stresante, inclusiv amânarea prezentării la medic în cazul apariţiei unei probleme de sănătate, care ar putea reprezenta o boală gravă, (Marilou Bruchon-Schweitzer), constituie factori de cronicizare a stresului psihic ce acţionează la nivel subconştient în ciuda refuzului bolnavei de a se gândi la problema stresantă rămasă nerezolvată. **Corespondentul hormonal al acestui tip de comportament evitant, disimulant al stresului (inclusiv refuzul unei comunicări ce ar fi putut permite obţinerea unui suport social), este constituit de creşterea de**

cortizol plasmatic, responsabilă de diminuarea imunităţii celulare (în special celulele NK) (Khansari, Dantzer-1994) şi consecutiv - apariţia unor infecţii cronice ori a unor cancere (în special cancerul de sân).

❑ **Terenul de organ meiopragic (morfofuncţional)** constituie nota principală de definiţie a BPS ce indică "un tropism" pentru propagarea acţiunii nocive a stimulilor psihici. Organul "fragil" (prin "defecte genetice" sau dobândite) constituie o "cutie de rezonanţă" pentru stres dar şi un loc de fixare a unor reflexe condiţionate elaborate la o serie de stimuli psihici fără valoare de stres. Autori ca Bauer (încă din 1942) sau Wolf, ambii citaţi de Văleanu şi Daniel, au susţinut şi ei acest element definitoriu pentru BPS, iar noi accentuăm ideea caracterului lezional al BPS, spre a le diferenţia de tulburările psiho-somatice, deşi o netă delimitare între organic şi funcţional nu poate fi totdeauna efectuată.

Referitor la caracterul lezional al BPS, noi considerăm că o serie de entităţi psihosomatice, din care exemplificăm tinnitus-ul psihogen sau anorexia nervoasă, sunt veritabile TPS care însoţesc, într-o poziţie de prim plan, o serie de tulburări psihice complexe, persistente. Acestea din urmă sunt agravate prin recul somato-psihic de către disconfortul somatic sau de către consecinţele existenţiale generate de TPS respective. Mai mult, dacă nu ar fi în prim plan tulburarea somatică (în cazul tinnitus-ului) sau consecinţele în plan somatic (ca de exemplu scăderea ponderală în cazul anorexiei nervoase), aceste două entităţi patologice revendicate de către psihosomatică ar putea fi revendicate de către psihiatrie.

3. Mecanismele apariţiei BPS pot fi considerate într-o dublă perspectivă:

❑ **Producerea unei tulburări la nivelul psihicului**, sinonimă - în majoritatea cazurilor - cu apariţia unui stres psihic, cu caracter nespecific. Nespecificitatea acestui sindrom este justificată de faptul că în orice stres, are loc o reacţie de stimulare neuro-endocrino-vegetativă cu eliberarea aşa-numiţilor hormoni de stres care acţionează într-un mod relativ constant asupra tuturor ţesuturilor şi organelor (în acord şi cu modelul "teoretic nespecific" al lui Mahl). **În esenţă, primum movens în geneza BPS îl constituie exacerbarea corelatelor somato-viscerale ale emoţiilor, caracteristica oricărui stres psihic (Iamandescu - 1993) şi sinonimă cu apariţia TPS** (în acord şi cu Jaspers - interpunerea tulburărilor neuro-vegetative între emoţie şi reacţia de organ - şi cu Kaplan - "alerta este transmisă la sistemele somatice).

Fără îndoială că această "nespecificitate" a reacţiei de stres are, aşa cum însuşi Selye a dovedit-o (ca şi alţi autori în zilele noastre), o importantă limită, constituind doar un cadru de apreciere a unor reacţii "generale". Există desigur o serie de particularităţi - induse de "compoziţia" diverşilor hormoni de stres - care oglindesc specificul şi intensitatea diferitelor categorii dar şi "specii" de agenţi stresori, ca şi specificul modalităţilor de răspuns ale organismului afectat de stres.

Tabelul 2. Concepte clinice reprezentative ale psihosomaticii

	TULBURĂRILE PSIHOSOMATICE (TPS)	BOLILE PSIHOSOMATICE (BPS)
Definiţie	➢ tulburări funcţionale de cauză psihică ample şi prelungite ➢ reversibilitate totală dar întârziată	Boli organice la un individ cu un anume tip de personalitate, condiţionate de un teren de organ vulnerabil la SP
Caracteristici	➢ Cauzate de stresul psihic ➢ manifestări expresive ale emoţiilor (Freud) ➢ legătură evidentă între eveniment şi simptome somatice ➢ apar constant şi asemănător la mai mulţi indivizi (Weiss) ➢ probă terapeutică	➢ au o bază organică ➢ coexistă cu TPS apărute la: - acelaşi organ lezat - alte organe indemne ➢ reversibilitate parţială ➢ evoluţie relativ discontinuă (în pusee)
Instalarea cronologică a leziunilor	➢ stres psihic → TPS ➢ repetabile sau reversibile	→ alterare organică → BPS → ireversibile
Model bio-psiho-socio-ecologic al bolii - cu relevarea rolului etiologic al factorului psihic	➢ Suprasolicitarea unor organe fragile ➢ Inserate într-un context etiologic pluri-factorial al principalelor boli contemporane sau apărând pe un teren somatic indemn (reversibile, de regulă)	Factori etiopatogenici: A. Predispoziţie (meiopragie) de organ - genetică - dobândită B. Factori psihici şi factori specifici organului afectat 1. Triggeri - evenimente de viaţă (Scala Holmes-Rahe) - determinanţi biologici şi fizico-chimici - comportamente nocive pentru sănătate (fumat, sedentarism, droguri, etc.)
Comportamente nocive pentru sănătate, cu „rădăcini“psihice	➢ fumat, sedentarism, supraalimentaţie, exces de alcool, cafea, droguri	2. Tip comportamental: A - boli coronariene, ulcer, hipertensiune, etc. C - neoplazii, infecţii cronice
Vulnerabilitate faţă de stresul psihic		3. Personalitate a) Trăsături de personalitate accentuate b) Alexitimie şi alexisomie (o parte din bolnavi)

❑ **Somatizarea, (alegerea organului)** este legată în primul rând de o serie de defecte induse genetic (ex.: dubla capacitate acido-secretorie a mucoasei antrale - a ulcerosului, faţă de subiecţii normali) sau dobândite (ex.: apariţia HTA după o glomerulonefrită cronică, cu ritmare psihogenă ulterioară a puseelor hipertensive).

Totodată este implicată şi o condiţionare între stimulii psihici negativi şi o serie de momente fiziologice sau patologice ale funcţiei diferitelor organe (v. Hendrik) (cit. de Văleanu şi Daniel).

Teoriile fanteziste, în genul "limbajului simbolic al organelor" (Groddek) sunt depăşite în acest domeniu al BPS, rămânând posibile doar în domeniul nevrozelor. De fapt, însuşi Freud a trasat o diferenţă clară între simptomele somatice de conversie ("emoţii exagerate, traduse prin mijloace insolite") - ce pot fi decodificate prin mijloacele psihanalizei - şi "manifestările expresive ale emoţiilor" care traduc "excitaţia noastră corporală" într-un rezultat al utilizării energiei noastre afective".

Considerăm că în prezent, **simptomele psihosomatice reprezentând o veritabilă transformare a unor conflicte intrapsihice în manifestări somatice trebuie privite ca fiind legate în mod obiectiv de natura şi cantitatea neuromediatorilor ajunşi la celulele ţintă, inclusiv "hormonii de stres" - pe de o parte - şi de acel "locus minoris resistentiae" reprezentat de organele şi aparatele la nivelul cărora preexistă disfuncţii bazate pe existenţa unor "slăbiciuni" structurale sau biochimice.**

O excepţie de la această explicare a TPS - pe baza "activării fiziologice care acompaniază sentimentele şi emoţiile noastre"(Huber) - o reprezintă **manifestările somatice din cadrul accidentelor isterice. Definirea lor păstrează în întregime caracteristicile formulate de Freud:** "ele afectează strict organele de simţ (de exemplu anesteziile isterice, capricioase, cecitatea isterică) sau aparatul locomotor (parezele isterice) iar natura tulburărilor apărute prin mecanismul de conversie păstrează un caracter simbolic, a cărui decodificare de către terapeut (de ex. prin mijloacele psihanalizei) poate conduce la dispariţia lor. **Greşeala adepţilor teoriei limbajului simbolic al organelor (Groddeck) constă tocmai în extinderea acestor procese de conversie la organele cu musculatură netedă, care ascultă de alte legi, ele fiind afectate - în cursul unui stres psihic- în virtutea manifestărilor expresive "ale emoţiilor" (Freud), analizate mai sus şi corespunzând acţiunilor specifice de organ a diverşilor mediatori ai reacţiei de stres.**

4. **Evoluţia clinică, în pusee, a BPS** - o considerăm, ca şi Halliday, un element de bază al BPS, menit să atragă atenţia asupra posibilităţii declanşării psihogene a acestor pusee şi posibilităţii combaterii lor pe calea psihoterapiei (a se vedea puseele de ulcer apărute vara la studenţi, în sesiunile de examene).

5. **Asocierea facultativă**, dar destul de frecventă, **a unor tulburări psihice izolate sau sistematizate în veritabile nevroze** pledează pentru fragilitatea psihică mai mare a unor bolnavi psihosomatici, conferită de o vulnerabilitate la stres considerată majoră la bolnavii neurotici (Iamandescu, 1980 şi 1985).

6. Efectul favorabil al psihoterapiei

Chiar fără asocierea la BPS a unor trăsături neurotice, practica medicală a demonstrat utilitatea diverselor tipuri de psihoterapie în BPS, cu precădere a celor de relaxare de tipul T. A. Schultz, terapiei familiale (Petzold), antrenamentului psihosomatic (Luban Plozza) dar şi a unor forme mai complexe, accesibile numai psihoterapeuţilor calificaţi (ex. psihoterapia experienţială, comportamentală, etc.).

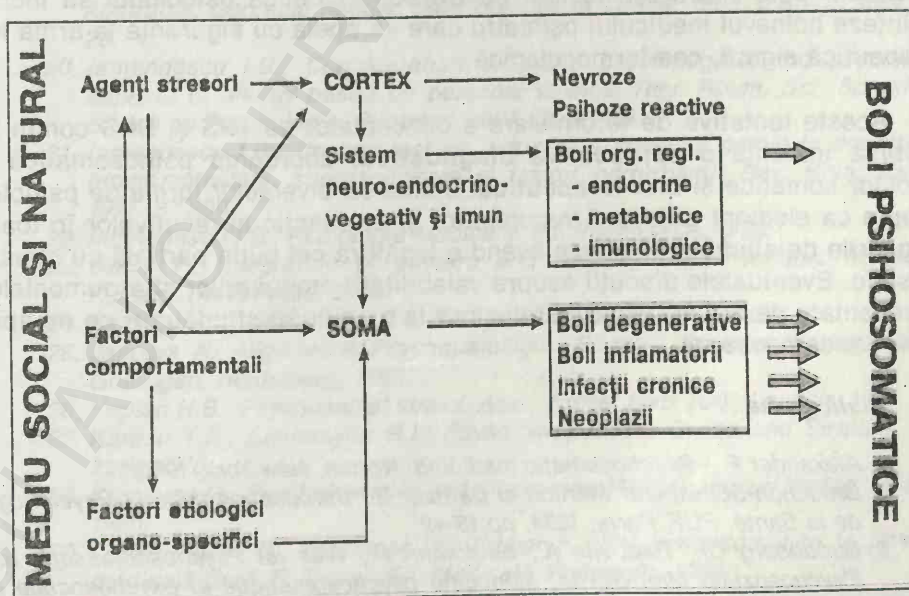
Însă cea mai importantă, în planul psihoterapiei de susţinere - valabilă pentru toate cele 5 trăsături ale BPS, înfăţişate de noi ca putând circumscrie sfera noţiunii acestor boli - o constituie abordarea psihosomatică a bolnavilor, constând în **acordarea unei atenţii sporite factorilor care generează ecologia relaţiilor interumane, în scopul individualizării tratamentului omului (persoana-unicat) aflat în suferinţă.**

Ea se încadrează în orientarea modernă bio-psiho-socială pe care se centrează în prezent medicina psihosocială (Figura 1).

Această abordare susţine utilitatea unor variate tipuri de psihoterapie, mai ales cele bazate pe relaxare iniţiate de T.A. Schultz, terapie familială (Petzold) şi antrenament psihosomatic (Luban-Plozza), în vindecarea bolilor psihosomatice.

Pentru medicul practician, un important element al psihoterapiei suportive simple de susţinere, este abordarea psihosomatică a pacientului, ce îi permite focalizarea atenţiei asupra factorilor ce generează ecologia relaţiei interumane şi individualizarea tratamentului. Această abordare modernă se înscrie în orientarea bio-psiho-socială a medicinii psihosociale de astăzi.

Figura 1. Principalii agenţi etiologici în bolile psihosomatice



4. Abordarea medicală a bolii psihosomatice

În acest punct final al discuţiei, se poate pune problema asupra celor chemaţi să îngrijească bolnavii cu BPS. În ceea ce ne priveşte, considerăm că cel puţin în **momentele de acutizare** (de exemplu astmul bronşic cu crize frecvente, neurodermita agravată, un angioedem recurent cu manifestări severe, un puseu hipertensiv, etc.) este necesară tratarea bolnavilor respectivi de către un medic somatician: generalist, internist sau specialist (cardiolog, alergolog, etc.).

Între pusee (faze acute), este necesară intervenţia psihologului (în colaborare cu medicul curant) pentru a consolida prin metode şi tehnici psihoterapeutice remisiunea terapeutică obţinută de către medicul "somatician" cu ajutorul mijloacelor farmacologice. **Asocierea unor tulburări psihice severe** impune apelul la psihiatru, fie încă din momentul manifestărilor fazei acute a BPS, fie după trecerea acesteia. Desigur, în cazul unui **bolnav psihic cu BPS asociată** (de exemplu un puseu hipertensiv la un bolnav cu psihoză maniacală) el va rămâne în responsabilitatea medicului psihiatru care apelează la internist numai pentru etapa terapeutică respectivă şi obţinerea unui plan terapeutic al BPS respective aplicabil la bolnavul în cauză.

Referitor la alegerea - de către medicul "somatician" (medic de familie sau de specialităţi nepsihiatrice) a psihoterapeutului care să încerce, în faza de acalmie clinică, prevenirea reactualizării BPS prin mijloace psihologice, criteriile folosite diferă de la o ţară la alta, uneori chiar în aceeaşi ţară, iar stabilirea lor nu constituie obiectul lucrării de faţă.

În ceea ce ne priveşte, considerăm că epuizarea mijloacelor psihoterapeutice "pure", fără un rezultat pentru bolnav obligă psihologul să încredinţeze bolnavul medicului psihiatru care va apela cu siguranţă la arma terapeutică sigură, cea farmacologică.

Aceste tentative de reformulare a conceptelor de TPS şi BPS conţin în ultimă instanţă **o perspectivă diagnostică**: abordarea psihosomatică a bolilor somatice şi **una terapeutică**: utilizarea diverselor forme de psihoterapie ca element adjuvant, recuperator şi profilactic al recidivelor în toate cazurile de sindroame clinice având o legătură cel puţin parţială cu stresul psihic. Eventualele discuţii asupra valabilităţii propunerilor şi argumentelor prezentate de noi vor contribui desigur la clasificări şi adăugiri ce ne apar extrem de necesare.

Bibliografie

1. *Alexander F. - Psychosomatic medicine. Norton, New York, 1950.*
2. *Brouchon-Schweitzer Marilou et Dantzer E., Introduction dans la Psychologie de la Santé. PUF, Paris, 1994, pp 13-42.*
3. *Buddeberg Cl., Radovila A., Kaufmann P., Was ist Psychosomatische und Psychosoziale Medizin. In: Médecine psychosomatique et psychosociale en Suisse. Verlag Babler-Bern, 1993.*

4. Coculescu M., Neuroendocrinologie clinică. Ed. Med., Bucureşti, 1987.
5. Coculescu M., Psychoendocrine stress induced Syndromes. Rev. Roum. Psychol., 1989.
6. Dantzer R., et Goodal G., Psychobiologie du stress. pp 156-182, loc cit. 1. 1994.
7. Dongier M., Nevroses et troubles, psychosomatiques. Dessart, Bruxelles, 1969.
8. Duret R.L., Aspects psychosomatiques chez les malades digestifs. Acta Gastoent. Belg., 1975, 38, 11-12, 377-392.
9. Engel G.L., The need for a new medical model. A challenge for bioscience, Science, 1977, 196, 129-136.
10. Freud S., Prelegeri de psihanaliză. Ed. Did. Ped., Bucureşti, 1992.
11. Garnier B., Comment distinguer entre santé et maladie dans le domaine des troubles cardio-vasculaires. In: Kielholtz et al., Troubles psychosomatiques cardio-vascularies - Comment les traiter ?. Huber, Berne, Stuttgart-Vienne, 1982.
12. Gay B., Les pathologies fonctionelles existentielles. Exercer, 1992, 17, 7, 10-11.
13. Halliday J.L., Concept of a Psychosomatic Affection. Lancet, 1943, II, 692.
14. Heim E., La médecine psychosomatique et psychosociale en Suisse. Historique et état de la situation. In: Médecine psychosomatique et psychosociale en Suisse. Verlag Babler-Bern, 1993.
15. Hendrik J., loc cit. 38-1977. În: Văleanu şi Daniel, pp.29.
16. Hinckle L.E., The concept of stress in the biological and social sciences. Int. J. Psychiat. Med, 1974, 5, 335.
17. Iamandescu I.B., Corelaţii psihosomatice în astmul bronşic - Doctoral thesis, IMF, Bucureşti, 1980.
18. Iamandescu I.B., Rolul factorilor psihoemoţionali în etiopatogenia astmului bronşic. Viaţa Medicală, 1984, 1, 29-32.
19. Iamandescu I.B., The study of personality type on patients with Allergic Asthma using MMPI, 1985, vol. 4th Cong Bronchitis and emphysema. Abstracte, Geornale italiano delle malattie di torace, 1985, p.A. 78, sept. 23-28.
20. Iamandescu I.B., Consideration on some psychological and psychiatric aspects of allergy based on personal studies. Rev. Roum. Sci. Sociales - Series de Psychologie. Bucarest, 1987, 31, 81-85.
21. Iamandescu I.B., Un nou test de inducere a stresului psihic în condiţii de hiperemotivitate, suprasolicitare şi factori perturbanţi. Rev. Rom. Psihol. 1991, 37.209.
22. Iamandescu I.B., Psihologie Medicală. Ed. Infomedica, 1996.
23. Ikemi Y., Integration of eastern and western psychosomatic medicine. Kyushu, Univ. Press, 1995.
24. Ionescu G., Psihoterapia. Ed. St. Enciclop., Bucureşti, 1990.
25. Jaspers K. Allgemeine Psychopatologie. Ed.VII-a Springer Verlag, Berlin, Gottingen, Heidelberg, 1959.
26. Kaplan H.B.. Psychosocial stress. Acad. Press, New York, London, 1983.
27. Karasu T.B., Steinmuller R.I., Psyhotherapeutics. Grune and Stratton, New York, 1978.
28. Klumbies G., Psychotherapie und Allgemeine Medizin, Hirsel Verlag, Leipzig, 1980.
29. Luban-Plozza B., Poldinger W., Kroger F., Boli psihosomatice în practica medicală (trad. E. Toma). Ed. Medicală, Bucureşti, 1996.
30. Mayer-Gross W., Slater E., Roth M., Clinical Psychiatry. Bailliere, Tindall and Cassel, London, 1969.

31. *Nemiah J.C., Sifneous P.E., chap. Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In: Ed. O. Hill. Modern trends in Psychosomatic, M. Huber, Bern-Stuttgart-Vienne, 1982.*
32. *Petzold E., Psychotherapie bei Herzerkrankungen. Therapie Woche, 1990, 40, 7, 435-439.*
33. *Predescu V., Concepţia psihosomatică în medicină, Medicinistul, 1971,1, 17-21.*
34. *Sivadon P., Traité de psychologie medicale. t. III, PUF, Paris. 1973.*
35. *Stocksmeier U, Kuhn T. und Muth T., Stress at work and coronary heart disease of foremen in industry. Int. J. Rehale, Res. 1989, 12(3), 310-312.*
36. *Von Eiff A., Zur Psychology und Klinik des Stress. Terapiewoche, 1984, 34, 7192-7196.*
37. *Von Uexkull T., La médecine psychosomatique. Galimard, Paris, 1963.*
38. *Văleanu şi Daniel, Psihosomatica feminină. Ed. Medicală, Bucureşti, 1976.*
39. *Weiss J.H. The current state of the concept of a psychosomatic disorder. Int. J. Psychiat. Med, 1974, 473-482.*
40. *Willi J., Heim E.Hrsg., Psychosoziale Medizin. Bd I Grundlagen, Springer, Berlin, Heidelberg, N.Y., Tokyo, 1986.*

***

Capitolul 4

STRESUL PSIHIC - CONCEPT OPERAŢIONAL CU ROL DE PLACĂ TURNATĂ ÎN ETIOPATOGENEZA PSIHOGENĂ A BOLILOR PSIHOSOMATICE

Ioan Bradu Iamandescu

1. Definiţie

Datorăm lui Selye introducerea conceptului general de stres, definit cu o reacţie generală nespecifică a organismului la acţiunea externă a unor factori -agenţi stresori - de natură variată fizică, chimică, biologică şi psihică. În ultimele decenii accentul definiţiei acestui veritabil sindrom s-a mutat pe caracterizarea ansamblului manifestărilor ce compun această reacţie, în scopul analizării impactului său cu activitatea unor organe şi aparate "dotate" cu disfuncţii potenţiale sau actuale dar şi asupra unor indivizi cu o anumită constituţie psihică, predispusă (ereditar sau prin traume psihice anterioare) apariţiei unor tulburări cu implicaţii disadaptative comportamentale.

O definiţie sintetică actuală a "stresului general" este cea dată de A. von Eiff: **"reacţie psiho-fizică a organismului generată de agenţi stresori ce acţionează pe calea organelor de simţ asupra creierului, punându-se în mişcare - datorită legăturilor cortico-limbice cu hipotalamusul - un şir întreg de reacţii neuro-vegetative şi endocrine, cu răsunet asupra întregului organism"**. Mai recent, Derevenco prezintă o definiţie psiho-biologică a stresului, inspirată de **teoria cognitivă a stresului** elaborată de şcoala lui Lazarus. Astfel, în această definiţie accentul este pus pe "dezechilibrul biologic, psihic şi comportamental dintre cerinţele (prorocirile) mediului fizic, ambiental sau social şi dintre resursele - reale sau percepute ca atare - ale omului, de a face faţă (prin ajustare sau adaptare) acestor cerinţe şi situaţii conflictuale" (Derevenco, 1998).

Referitor la **definirea stresului psihic**, se cuvine să menţionăm că el reprezintă un caz particular de stres, înscris în sfera noţională a "stresului general", fiind declanşat de anumiţi agenţi stresori: cei psihici. Aceştia sunt dotaţi cu semnificaţie negativă (distres) sau pozitivă (eustres) pentru indivizi şi operează în planul conştiinţei numai după decodificarea lor şi evaluarea "sarcinii" pe care ei o pun în faţa individului (Iamandescu, 1997). Dintre definiţiile existente în literatură asupra stresului psihic ni se pare mai potrivită

definiţia oarecum descriptivă - dar incluzând majoritatea circumstanţelor de declanşare a stresului - dată de M. **Golu: "stare de tensiune, încordare, disconfort, determinată de agenţi afectogeni cu semnificaţie negativă (sau pozitivă, am adăuga noi, în cazul eustres-ului), de frustrare sau reprimare a unor motivaţii (trebuinţe, dorinţe, aspiraţii - inclusiv subsolicitarea, n.n.) , de dificultatea sau imposibilitatea rezolvării unor probleme".**

Completările noastre la această definiţie, în afara sublinierii dihotomiei semnificaţiei puternice pentru organism a agenţilor stresori negativi (distres) şi pozitivi (eustres), sunt reprezentate de includerea în rândul situaţiilor generatoare de stres a suprasolicitării cognitive-afective şi voliţionale (chiar în cursul unei activităţi pasionante pentru subiect!) şi a efectelor, insidios propagate la scoarţa cerebrală, a unor agenţi fizici (zgomotul, adesea având şi o rezonanţă afectivă negativă), chimici (noxele ambientale) şi biologici (boala, ca sursă a unor reflexe aferente viscero-corticale).

Revenind la definiţiile bazate pe evaluarea în plan cognitiv (dar cu ecou afectiv) a discrepanţei percepute (eronat sau nu) de către subiect între cerinţele sarcinii şi posibilităţile sale de a le face faţă, definiţii ce postulează şi caracterul anticipativ al reacţiei de stres - se cuvine să exprimăm câteva rezerve asupra capacităţii lor de cuprindere în totalitate a sferei noţiunii de stres. Astfel, o **imagine cu impact afectiv major** (revederea unei persoane foarte dragi sau, din contră, imaginea unui accident cu victime masacrate, ori un vis de coşmar) dar mai ales **instalarea insidioasă a unui stres de suprasolicitare** într-un climat afectiv pozitiv dar şi **eustres-ul** în general, nu au aproape deloc de-a face cu anticiparea unui "dezechilibru de forţe" în faţa unei ameninţări. (Se poate specula totuşi asupra "ameninţării" momentane a echilibrului sufletesc dar aşa ceva se întâmplă şi în timpul unui film "horror", "gustat" de către spectator şi inclus, de regulă, în rândul eustres-ului).

În altă ordine de idei, toate definiţiile de până acum ale stresului psihic, inclusiv cele menţionate, accentuează latura conştientizării de către individ (inclusiv anticiparea, realizată la nivelul evaluării cognitive) a potenţialului nociv al agenţilor stresori avându-se, deci, în vedere distress-ul. Prin aceasta se omite, cum am încercat să sugerăm mai sus, includerea în **definiţie a *eustress-ului*, concept similar din punct de vedere al intensităţii stărilor afective (însă cu polaritate opusă) şi al reacţiilor psihosomatice apărute, inclusiv implicaţiile sale în patologia acută** (de exemplu, criza de astm), dar total diferit în perspectiva repetării sale pe termen lung **(implicaţii pozitive privind longevitatea).**

În plus, faţă de delimitarea sferei noţiunii de stres psihic - prezentă sub formele menţionate, cu mici diferenţe de nuanţă în întreaga literatură a stresului (Selye, Lazarus, Kaplan, French, von Eiff, Sells, Floru, Derevenco, Pichot, Bruchon-Schweitzer, Mc Grath, Appley şi Trumbull) - am încercat o lărgire a acestei sfere, introducând conceptul de "stres psihic secundar" (Iamandescu, 1993).

Dacă **ceea ce se defineşte, în mod obişnuit, prin stres psihic, reprezintă, în opinia noastră, stresul psihic primar** (cu agenţi stresori psihici posesori ai unei semnificaţii, ca de ex. cuvântul "cutremur", capabil să declanşeze instantaneu reacţia de stres), **în cazul "stresului psihic secundar"**

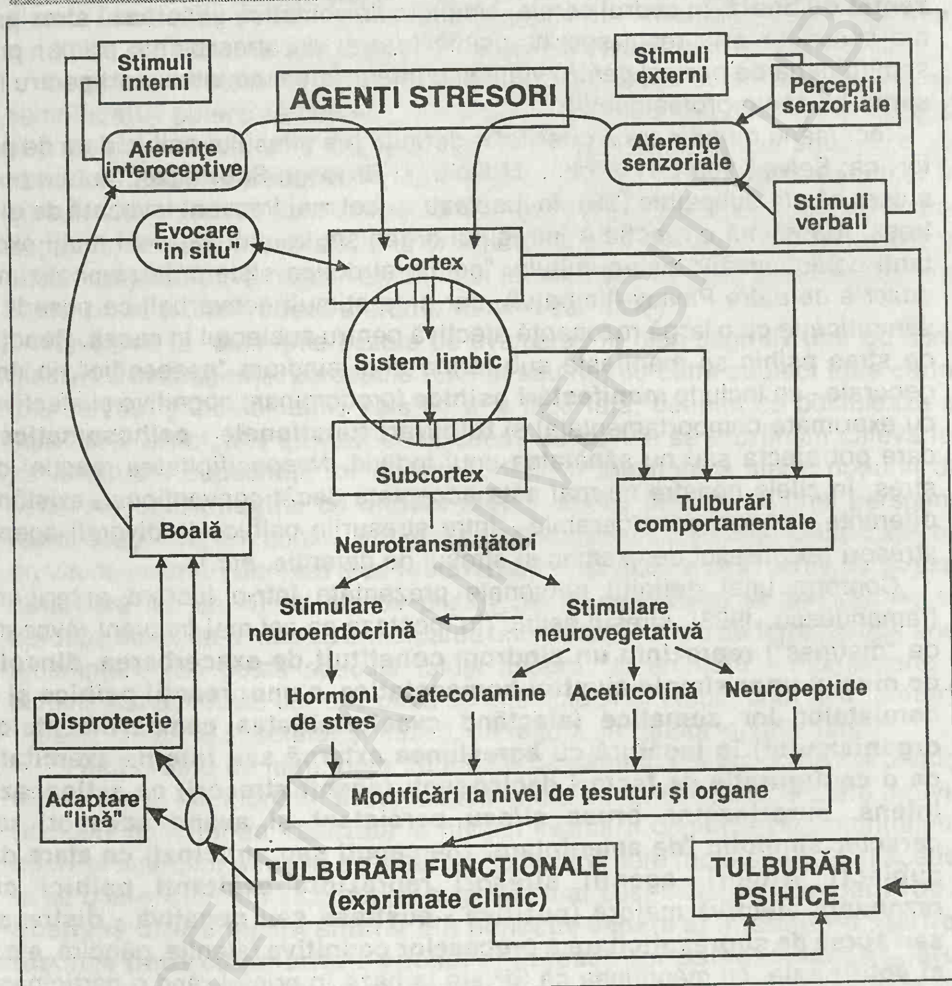
este vorba tot de o reacţie de stres psihic dar care survine în continuare (sau aproape instantaneu) a unui stres primar, declanşat de agenţi stresori nepsihogeni (ex. cazurile de insolaţie, o senzaţie dureroasă, sau o stare febrilă).

Cel mai elocvent exemplu îl constituie **stresul psihic secundar reprezentat de boală**, în cadrul căreia simptomele somatice generează stres psihic secundar prin recul somato-psihic (dar şi un stres psihic primar prin semnificaţia de pericol pentru viaţă sau integritatea individului ori pentru inserţia lui socio-profesională).

Încercând o unificare a diferitelor definiţii ale stresului psihic date de autori ca: Selye , von Eiff, Pichot, M.Golu, şi Bruchon-Schweitzer, putem considera că stresul psihic (SP), în ipostaza sa cel mai frecvent invocată de distress, reprezintă o reacţie a întregului organism la unul sau mai mulţi excitanţi corespunzând aşa-numitului "cel de-al doilea sistem de semnalizare" descris de către Pavlov (limbajul), dar şi la stimuli nonverbali ce posedă o semnificaţie cu o largă rezonanţă afectivă pentru subiectul în cauză. Reacţia de stres psihic se manifestă sub forma unui sindrom "nespecific", în linii generale - ce include **manifestări psihice** (predominant cognitive şi afective, cu exprimare comportamentală) şi **tulburări funcţionale - psihosomatice** - care pot afecta sau nu sănătatea unui individ. Nespecificitatea reacţiei de stres, în zilele noastre nu mai este acceptată decât convenţional, existând diferenţe - uneori considerabile - între stresurile psihice la diverşii agenţi stresori (ex. stresul de examen şi stresul de detenţie, etc.).

Conform unei definiţii personale prezentate într-o lucrare anterioară (Iamandescu, 1993), stresul psihic (în ipostaza sa cel mai frecvent invocată de "distress") **reprezintă un sindrom constituit de exacerbarea, dincolo de nivelul unor simple ajustări homeostatice, a unor reacţii psihice şi a corelatelor lor somatice (afectând cvasitotalitatea compartimentelor organismului) în legătură cu agresiunea externă sau internă exercitată de o configuraţie de factori declanşanţi (agenţi stresori) ce acţionează intens, surprinzător, brusc şi/sau persistent şi având adeseori un caracter simbolic "de ameninţare" (percepuţi sau anticipaţi ca atare de subiect). Alteori, agenţii stresori reprezintă excitanţi psihici cu rezonanţă afectivă majoră (pozitivă - eustress sau negativă - distress) sau surse de suprasolicitare a proceselor cognitive** (atenţie, gândire, etc.) **şi voliţionale**, cu menţiunea că SP are la bază în primul rând o participare afectivă pregnantă. O schematizare a interreacţiilor generate în cursul SP la nivelul diverselor "compartimente" ale psihicului este redată în Figura 1.

Figura 1. Principalele mecanisme psiho-neuro-endocrino-vegetative şi manifestările lor din cursul stresului psihic



2. Caractere generale

În cazul stresului psihic, agentul stresor - reprezentat de o largă paletă de **stimuli dotaţi cu o semnificaţie** de regulă nocivă (dar şi intens favorabilă, în "eustress") - acţionează întotdeauna pe calea organelor de simţ, cu proiecţie corticală. În urma intervenţiei sale, apar influxuri nervoase cortico-subcorticale, cu activarea centrilor neuro-vegetativi superiori şi punerea în funcţiune a sistemului simpato-adrenergic şi a axului hipotalamo-hipofizo-suprarenal, cu eliberarea consecutivă a unei game polimorfe de hormoni (catecolamine, ACTH, cortizol, STH, vasopresină etc.).

În final, rezultă o eliberare crescută de mediatori ai transmiterii neurovegetative şi de aşa-numiţii **"hormoni de stres"**. Toţi aceşti veritabili **"mediatori" ai SP au receptori specifici la nivelul celulelor diferitelor ţesuturi şi organe**, prin intermediul cărora produc variate tulburări funcţionale concretizate prin ameninţarea pasageră a homeostaziei mediului intern, dar care este urmată de revenirea la valorile compatibile cu funcţionarea normală a organismului (aceasta în marea majoritate a SP care nu lasă în urma lor disfuncţii la diferite niveluri, generatoare de boală).

În ultimii ani (dar, încă de la Selye) capătă o utilizare tot mai frecventă termenul de **eustress, „stresul pozitiv"**, cu efecte benefice asupra organismului uman şi care apare - cu atribute generale ale reacţiei de stres - în cazul în care agenţii stresori au o semnificaţie favorabilă pentru individ declanşând veritabile afecte pozitive (bucurie intensă, extaz, triumf, râsul în hohote), fapt ce se repercutează asupra tuturor organelor şi aparatelor cel mai adesea în mod pozitiv (de ex. efectele sanogenetice ale râsului) deşi există excepţii furnizate de apariţia unor manifestări clinice (ex. criza de astm) şi chiar la decese (la bolnavii cu cardiopatii severe, în cursul unui hohot de râs). Eustress-ul mai apare în cursul unor stări emoţionale pozitive cuplate sau nu cu un efort fizic moderat (ex. jogging sau actul sexual). **Eustress-ul este prin excelenţă un stres psihic acut**, „fericirea" atunci când este cronică, nu are amplitudinea paroxistică a stresului dar constituie un fundal afectiv (cu numeroase conotaţii cognitive şi emoţionale), cu un rol favorabil asupra individului, în plan psihic şi somatic.

Ceea ce, însă, constituie o apreciere relativ cvasiunanimă, este aceea că repetarea frecventă a eustress-urilor constituie „per se" (mai ales că produce o creştere a imunităţii antiinfecţioase şi antitumorale) o premisă a longevităţii (v. Tabelul 1). Prin contrast, distress-ul (stresul psihic negativ) cumulează calităţile de factor de risc pentru sănătate şi el rămâne încă superpozabil cu termenul de stres psihic (SP) atunci când nu se face precizarea „distress" sau „eustress".

Şi noi vom păstra această „sechelă terminologică" (stres psihic în loc de distress), utilizând în mod special termenul de eustress, atunci când va fi cazul.

În SP perturbarea homeostaziei somatice este precedată şi cauzată de perturbarea homeostaziei psihice de către AS. Aşadar SP are în toate cazurile repercusiuni asupra tuturor organelor şi aparatelor în primul rând cele cu rol reglator (sistem neuro-endocrino-vegetativ, aparat cardio-circulator şi sistemul imun), dintre care unele - grevate de o patologie anterioară, pe fond sau nu de meiopragie dobândită sau constituţională - vor răspunde prin manifestări patologice. Nota obişnuită a SP acute, cotidiene, este "reacţia de alarmă", continuată sau nu, de cea "de rezistenţă", descrise de Selye, cu modificări generale şi locale reversibile, în condiţiile în care agenţii stresori nu-şi prelungesc acţiunea. Mijloacele de contracarare a acestora de către subiectul afectat (de regulă prin conduite comportamentale antistres, active dar şi involuntare) sunt capabile să restabilească parametrii anteriori SP sau să împiedice chiar din "start" antrenarea unei veritabile reacţii de stres, înlocuite - atunci când SP lipseşte - doar cu oscilaţii homeostatice aflate în zona normalului.

Tabelul 1. Distress şi Eustress

	Distress	*Eustress*
Calitatea agenţilor stresori	***Neplăcuţi**, ameninţători suprasolicitanţi*	***Plăcuţi**, solicitare moderată într-un climat afectiv pozitiv*
Tipuri de reacţii	*„**Active**": furie, ruşine groază, etc.* *„**Pasive**": tristeţe adâncă neajutorare, nesiguranţă lipsă de speranţă*	*Bucurie, trimf, extaz, „senzaţii tari", râsul în cascade, excitaţie sexuală, dragoste, etc. Efort fizic moderat*
Tipuri de situaţii	*Conflict, suprasolicitare frustrare, „examen", pierderi majore (ex. deces divorţ, concediere, etc.)* *N.B. Buddeberg şi Willi consideră:* *a) sit. de distress activ (implicare activă prelungită dar cu posibilitate de control redus* *b) sit. de distress pasiv („pierderi", fără posibilitatea oricărui control, cu caracter de lipsă de perspectivă şi „neajutorare"*	*Câştiguri financiare şi morale, contemplare extatică (opere de artă, în special muzica, peisaje naturale), surse de râs (lecturi, spectacole etc.)* *N.B. Situaţii de provocare directă (ex. jogging-ul sau jocuri de noroc) sau indirectă (ex. filme poliţiste) în care subiectul este solicitat, dar activarea fiziologică rezultată are loc pe fondul siguranţei asupra controlului „provocării"*
Reacţie endocrină	*a) catecolamine ↑↑ + cortizol ↑* *b) catecolamine ↑ + cortizol ↑↑*	*catecolamine + endorfine prolactivă + CRF*
Sistem imun	*inhibiţie (cel. NK)*	*imunostimulare (cel. NK de ex.)*
Ap. cardiovascular	*Predomină creşterea TA*	*Predomină creşterea AV*

SP cuprinde în **tabloul manifestărilor sale**, în primul rând simptomele psihice, inclusiv manifestări comportamentale. În acelaşi timp, orice fenomen psihic, exteriorizat sau nu - de la procesele cognitive (atenţie, memorie, gândire etc.) şi până la procesele voliţionale şi afective (acestea din urmă în modul cel mai pregnant) - se însoţeşte de fenomene fiziologice de hiper- sau hipofuncţie a organelor interne, mediate neuroumoral şi având în genere o intensitate moderată, sub cea a unui SP. Între simptomele psihice afective

frecvente în distres menţionăm: anxietatea, iritabilitatea, furia (în formele acute), fatigabilitatea, apatia, depresia (în formele cronice).

Referitor la comportamentul individului în cursul unui SP - cronic, în special - remarcăm excesele referitoare la substitutul drogului (fumat, cafea, alcool), scăderea randamentului profesional, refuzul muncii şi al acceptării responsabilităţilor, închiderea în sine, neglijarea aspectului fizic ca şi a unor norme sociale (Luban Plozza şi colab.).

Cele mai cunoscute modificări somatice induse de desfăşurarea unor procese psihice sunt aşa-numitele "**corelate fiziologice (somato-viscerale) ale emoţiilor**" (tahicardie, tulburări de tonus muscular, reajustări vasomotorii, tulburări secretorii etc.) care pot îmbrăca în cazul SP o serie de manifestări sesizate chiar de persoane din afara domeniului medical şi concretizate în expresii ca: "îmi bate inima" sau "mi-a stat inima în loc", ori "a albit de spaimă" sau "s-a înroşit toată de ruşine", "am simţit o uscăciune în gât", "mi s-a pus un nod în gât" etc.

Aceste corelate somatice ale proceselor psihice amplificate dincolo de graniţele normalului în cadrul stresului psihic şi repetate în timp, **solicită anumite organe şi aparate cu disfuncţii latente ori deja manifeste** şi pot să conducă la apariţia unor tulburări patologice psihosomatice a căror reversibilitate poate să dispară, o dată cu apariţia leziunilor de organ, moment în care se poate vorbi de boli psihosomatice.

3. Stresul psihic şi adaptarea

În ceea ce priveşte relaţia dintre SP şi adaptarea organismului la mediul complex al epocii contemporane (natural-poluat şi artificial-suprasolicitant), trebuie subliniat că însuşi SP este o reacţie a organismului "în intenţie" adaptativă, numai că ea se realizează cu preţul unor eforturi mult mai mari, capabile să lase în urmă procese de uzură sau chiar leziuni la diferite nivele. SP este deci o reacţie de adaptare "stridentă", "zgomotoasă" la o constelaţie de factori, configurând o situaţie care solicită structurile reglatoare cele mai înalte ale organismului (psihicul), "ameninţând" să le deregleze activitatea, fapt cu consecinţe inevitabile, potenţial nocive, asupra tuturor compartimentelor din subordine. Luban Plozza şi colab. consideră stresul ca pe **o reacţie la stimulii ambientali care implică semnale de apărare şi de adaptare.** Aceiaşi autori, mergând pe linia nespecificităţii stresului - postulată de către Selye - îl consideră ca pe un sistem de protecţie care este permanent pentru orice tip de stimuli.

Rezistenţa impresionantă a psihicului, ca şi a celorlalte ţesuturi şi aparate ale organismului la stres în general şi la SP în special face ca răspunsul adaptativ - chiar dacă este dat "cu consum sporit de energie" (şi la propriu, dar şi la figurat) - să nu lase "urme vizibile" decât într-un număr minim de cazuri, adeseori previzibile de către medic (scăderea rezistenţei biologice şi psihice a organismului este previzibilă în caz de intensitate sau durată neobişnuite ale acţiunii agenţilor stresori - v. scala Holmes şi Rahe). Indiferent de "preţul" adaptării în plan somatic ori psihic, SP lasă în urma lui două posibile modificări ale "stării sistemului" reprezentat de întregul organism:

- **creşterea rezistenţei faţă de solicitări ulterioare identice sau similare** cu aceea care l-a generat, în caz că subiectul a dominat, deşi stresat, situaţia inductoare a SP (se realizează un veritabil "antrenament" faţă de suprasolicitări psihice în circumstanţe stresante potenţiale similare);

- **apariţia unei adevărate "vulnerabilităţi faţă de stres"** ce reprezintă o "capacitate" a subiectului de a "intra în stres" mult mai uşor, la acţiunea aceloraşi agenţi stresori care i-au produs SP iniţial, în cazul în care acesta s-a soldat cu un eşec adaptativ (subiectul nu a reuşit să găsească cel mai potrivit răspuns faţă de situaţie ori consecinţele ei au fost nocive).

Vulnerabilitatea la stres constituie o importantă premisă pentru apariţia nevrozelor, psihozelor reactive şi a bolilor psihosomatice (acestea din urmă necesitând şi coexistenţa unui teren organic predispozant).

În concluzie, SP reprezintă deci un moment de solicitare a întregului organism, chiar dacă agresiunea agentului stresor se exercită iniţial asupra psihicului, deoarece aceasta influenţează, prin relee multiple psihosomatice, activitatea tuturor compartimentelor organismului.

Din acest motiv orice SP reprezintă un examen dat, nu numai de psihicul individului solicitat ci şi de fiecare organ, în special de cele solicitate preferenţial şi anume: glandele endocrine, sistemul imun, aparatul cardiovascular, aparatul respirator precum şi organele cu o bogată inervaţie cum sunt cele ale aparatului digestiv.

Acest examen este trecut cu succes în marea majoritate a situaţiilor, fapt ce explică rezistenţa aparent miraculoasă a organismului la avalanşa zilnică de SP sau chiar SP prelungite cu majore implicaţii în existenţa individului, şi dotate cu o rezonanţă extremă.

Istoria naturală a multor boli demonstrează o **evoluţie îndelungată preclinică (latentă) a proceselor patologice induse de variaţi agenţi etiologici** şi aflate într-un echilibru fragil cu forţele de apărare ale organismului ce acţionează în sens reglator homeostazic. De regulă, **există o acţiune sumativă a mai multor agenţi etiologici între care şi un SP major**, ori SP minore dar repetate (sau cvasicontinue).

Dacă acţiunea SP a fost înregistrată ca impact asupra psihicului subiectului afectat (a se vedea exemplele privind efectele cutremurului din România în 1977) - fără urmări imediate asupra sănătăţii psihice şi somatice - o evaluare a efectului lor tardiv (vezi St. M. Milcu - 1994) dezvăluie, nu rareori **apariţia - la distanţă faţă de un SP major - unor sindroame psiho-patologice, endocrine, psihosomatice sau chiar a unor boli** din domeniul medicinii interne în a căror etiopatogenie factorul psihogen ocupă de obicei un loc mai modest (vezi pneumonia pneumococică în a cărei etiologie expunerea la frig, de exemplu, ocupă un rol mai important dar, cuplată cu un stres prelungit, o poate declanşa la câteva zile de la o expunere relativ moderată la temperaturi scăzute).

Pornind de la aceste constatări, la îndemâna medicului practician, vom prezenta în cele ce urmează o serie de afecţiuni patologice din variate domenii ale medicinii, în care SP are o participare "prioritară" adică, în raport cu alţi agenţi etiologici, ocupă un rol dominant.

Nu trebuie omis din această "demonstraţie" nici rolul jucat de "cel de-al doilea pol" al interacţiunii stresante: **terenul "de organ"** (indus genetic sau dobândit) pe "matricea" căruia SP şi-a "gravat amprenta" uneori chiar la distanţă de acţiunea agentului stresant care a declanşat explozia. Tot la capitolul "teren" se înscriu şi trăsăturile psihice ale individului, inclusiv baza lor neurofiziologică, dezvoltate în cursul cristalizării personalităţii.

Un subiect cu antecedente familiale (AHC) pozitive pentru anumite afecţiuni psihice (părinţi nevrotici de exemplu) va dezvolta mai uşor sub acţiunea SP nevroze decât boli somatice, iar în caz de AHC pozitive pentru boli somatice, va fi afectat prioritar de boli psihosomatice.

Existenţa unui **"locus minoris resistentiae"**, postulat de A.Adler, la modul general - şi pe care, în prezent, îl considerăm a fi situat la diferite nivele, inclusiv în structura sistemului nervos, va oferi locul de acţiune patogenă prioritară a SP (I.B. Iamandescu - 1993).

4. Sfera acţiunii prioritare a SP

Participarea SP poate fi considerată ca factor de risc în următoarele tipuri de boli:

a. boli psihice, în primul rând psihogeniile (unde există o declanşare exogenă prin SP, aproape exclusivă a bolii);

b. unele boli endocrine: boala Basedow, în primul rând, dar şi alte afecţiuni endocrine, ca de exemplu: amenoreea de stres, disfuncţiile sexuale la bărbat, sindromul eutiroidian, hipercorticismul reactiv şi nanismul psihosocial, "hipocorticismul central" la cei cu SP cronic (în cadrul "sindromului de disprotecţie", constând în blocarea răspunsului endocrin) (Coculescu - 1986);

c. bolile psihosomatice (termen ce include atât ponderea crescută a etiologiei psihogene, cât şi existenţa unui teren de organ ca şi a unui anume tip de personalitate a bolnavului, receptiv la SP);

d. unele boli infecţioase cu componentă psihogenă importantă: de ex. tuberculoză, hepatită virală A;

e. unele boli metabolice: diabetul zaharat (ecloziunea şi modularea evoluţiei sale), obezitatea, anorexia nervoasă etc;

f. în anumite cazuri de neoplasm există argumente convingătoare în favoarea implicării unui SP major în apariţia bruscă a fazei clinice ori în diseminare metastatică fulgerătoare.

Desigur că în orice boală, **chiar cu o etiologie unică** (de exemplu afecţiunile patologice din domeniul ortopediei), poate fi implicat SP, atât din punct de vedere al circumstanţelor de producere (o fractură la un om stresat, un accident rutier în cazul unei stări de enervare accentuată etc.) cât, mai ales, din punctul de vedere al evoluţiei bolii, a cărei vindecare poate fi întârziată de SP ulterioare.

Evantaiul larg de afecţiuni în care este implicat SP ne face să ne gândim la o apreciere făcută de Balzac cu mult înainte de Selye, referindu-se la una dintre cele mai evidente emoţii, capabilă să traducă un SP intens: "spaima este un sentiment care te îmbolnăveşte pe jumătate, care atacă atât de

violent maşina omenească încât facultăţile acesteia sunt dintr-o dată împinse, fie la cel mai înalt grad al forţei lor, fie la ultimul grad al destrămării". Spaima nu este altceva decât un fel de trăsnet interior dar, ca toate accidentele electrice, bizar şi capricios în manifestările sale (Cesar Birotteau).

Într-adevăr, **SP solicită violent organismul uman, dar caracterul "bizar şi capricios" al efectelor sale poate fi prevăzut prin studierea "punctelor slabe" ale organismului, situate, aşa cum s-a menţionat, la diferite nivele (reglator sau organo-efector)** (Poenaru - 1986).

Între acţiunea SP şi apariţia manifestărilor de boală există adesea o perioadă mai mult sau mai puţin îndelungată de "latenţă" a bolii sau de luptă, încununată de succes, pentru lichidarea urmărilor SP dacă nu în totalitate (în special ecoul său asupra vieţii psihice a individului) cel puţin la nivelul sistemelor de reglare şi organelor interne, solicitate pe parcurs.

5. Modificările psihosomatice premorbide induse de SP prelungit

În afara **reacţiilor psiho-comportamentale** induse de SP, unele dintre ele atingând graniţa dintre fiziologic şi patologic (cum este, de exemplu, oboseala extremă), există o serie de modificări ale întregului organism (inclusiv în sfera reglatorie: psihică, neuro-endocrină şi imunitară) pe care le putem sistematiza astfel:

a) modificări funcţionale somato-viscerale ample şi prelungite (veritabile tulburări psihosomatice) care, pe un teren patologic, predispus, pot declanşa procese patologice reversibile (de exemplu un puseu hipertensiv), sau ireversibile (un accident vascular cerebral);

De regulă, solicitările somato-viscerale induse de SP declanşează tulburări funcţionale reversibile la puţin timp după încetarea SP.

b) în cazuri mai rare, dar însumând cifre apreciabile la nivelul unei colectivităţi numeroase expuse la SP obişnuite, tulburările funcţionale "amorsate" de SP **participă la edificarea unor procese morfologice stând la baza apariţiei unor boli organice.** De asemenea SP poate accelera evoluţia unor procese patologice cu aparenţă de tulburări funcţionale datorită unui substrat lezional greu evidenţiabil cu mijloace diagnostice uzuale. Cel mai adesea astfel de procese patologice "generate" de SP apar la un **interval "liber" sau ocupat de "tulburări funcţionale"** (ex.: boala ulceroasă) sau chiar pe parcursul desfăşurării unui SP prelungit sau al unor SP repetitive.

Nu trebuie omis şi faptul că **realitatea zilnică oferă exemplul tipic de SP apărut pe fondul unui SP anterior, la puţin timp după "ieşirea din stres"** (când subiectul este mai receptiv faţă de solicitări care, în mod obişnuit, nu-i produc SP) **şi mai frecvent sumaţia mai multor SP.**

În acest context, nuanţarea răspunsului psiho-neurovegetativ endocrin în funcţie de natura SP contribuie la conturarea unor tablouri clinice al căror polimorfism este accentuat şi de faptul că **tulburările funcţionale (sau**

patologice) apar rareori pe un fond "bazal" de repaus, al unei anumite activităţi fiziologice. Ele apar în cursul desfăşurării unor funcţii legate de diferite momente fiziologice (efort, digestie, de exemplu), inclusiv al unor ritmuri biologice hormonale (exemplu secreţie de cortizol, de insulină etc.) sau pe fondul unui tonus crescut neuro-vegetativ simpatic sau parasimpatic.

Există însă, chiar Selye a recunoscut-o, diferenţe calitative între diferitele forme de stres - şi într-o formă netă, între stresul fizic (SF) şi cel psihic (SP) - fapt probat şi de observaţia curentă asupra unor bolnavi cu infarct miocardic la care declanşarea acestuia este indusă de un stres psihic (uneori repetitiv), deşi toleranţa lor anterioară la efort a fost cel puţin normală (cazul multor foşti sportivi, de exemplu).

Considerăm că este foarte probabil ca în SP să existe o altă configuraţie a mediatorilor (inclusiv a hormonilor) reacţiei de stres faţă de celelalte tipuri de stres: fizic, biologic, etc. - în special sub raportul cantitativ al participării fiecăruia - de unde şi răspunsurile calitative diferite ale aceloraşi organe solicitate în SP aşa cum sunt analizate de M. Coculescu (1992).

De asemenea un SP îşi prelungeşte acţiunea (efect recunoscut) adesea cu mult timp după încetarea agentului stresor faţă de stresul fizic.

6. Vulnerabilitatea psihică la stres

Referitor la terenul psihic asupra căruia acţionează agenţii stresori este dovedit că în aşa-numitele boli psihosomatice există o serie de trăsături de personalitate cu rol "permisiv" faţă de stresul psihic.

După cum am arătat în lucrări anterioare (1980, 1984), **opinăm împotriva existenţei unor profiluri psihosomatice proprii fiecărei boli psihosomatice (BPS)**, postulate de către Fl. Dunbar. Opinia noastră rezultă, nu numai din datele obţinute la aplicarea testelor de personalitate, dar poate fi dedusă şi din **coexistenţa, la acelaşi bolnav, a unor BPS diverse** - de exemplu astm bronşic + urticarie + ulcer duodenal + hipertensiune arterială - cum am întâlnit la şase dintre bolnavii noştri (Iamandescu, 1980). Mai recent, G. Ionescu (1990) observă aceeaşi perimare a acestor tipologii specifice diferitelor BPS.

Considerăm că există un "profil general" de bolnav psihosomatic şi vom căuta să demonstrăm acest lucru la locul potrivit. Credem că la acest nivel, al personalităţii bolnavului, se realizează impactul factorului stresant psihic, în legătură cu care considerăm necesar să accentuăm rolul traumelor minime, dar cu acţiune îndelungată sau a "situaţiilor fără ieşire" (Kourilsky).

Un rol important în privinţa recepţionării intensităţii şi duratei unui SP îl joacă, atât **mecanismele de ajustare (coping)** faţă de SP cât şi **tipul locului de control**. Ele vor fi analizate în paragraful 7.

Vulnerabilitatea faţă de stres reprezintă nu atât o sumă algebrică a unor date de personalitate facilitând, mai mult sau mai puţin, "intrarea în stres" ori amplitudinea reacţiei la stres a unui individ. Ea este constituită de un pattern dinamic, de interacţiune, al acestor trăsături stabile de personalitate dar, adeseori, solicitate ca părţi componente ale unui comportament relativ

stereotip (ca de ex. tipul A). **Vulnerabilitatea psihică la stres apare ca un element favorizant pentru bolile psihice, dar şi pentru cele psihosomatice (BPS) în cadrul cărora ea se asociază cu o vulnerabilitate de organ.**

În BPS, apărute ca urmare a unui SP mai intens recepţionat de către un subiect cu un tip de personalitate vulnerabilă faţă de acţiunea AS, putem considera că mai există un agent de "rezonanţă" pentru SP. Acesta închide un cerc vicios şi este reprezentat de **tulburările somato-psihice inerente oricărei boli psihosomatice, dar amplificate şi ele de un tip de personalitate cu o vulnerabilitate crescută, în special, în sfera afectiv-emoţională** (de exemplu, reacţia unui bolnav cardiac la extrasistolele sale ventriculare apărute în cursul unor emoţii) (Iamandescu - 1993).

Actualmente câştigă teren ideea că tipul de personalitate (postulat de către primii psihosomaticieni ca fiind specific pentru fiecare dintre afecţiunile psihosomatice, ca de exemplu tipologia nespecifică a astmaticului, ulcerosului, coronarianului etc.), nu mai reprezintă decât o **componentă într-un complex de factori nespecifici care modulează răspunsul individual al organismului la agenţii etiologici. Acest complex multifactorial include în mod necesar trăsături de personalitate formate pe o matrice constituţională şi dobândite în cursul experienţei (biografia) individului, în planul inserţiei şi interacţiunilor sale cu "reţeaua socială" (Malchair), ca şi al situaţiilor concrete** (evenimente cu rol stresor) care pot juca un rol trigger psihogen în patologia clinică, indiferent de natura acesteia.

Având o exprimare în actele de comportament, cu inevitabile ajustări conjuncturale impuse de acestea, considerăm că - în cazul unei hipetrofieri a trăsăturilor componente ("personalităţi accentuate" descrise de Leonhard) - **diferitele tipuri de personalitate pot să conflueze într-un tip general, caracterizat printr-o "vulnerabilitate faţă de stres"**, termen utilizat de Kourilsky, având o sferă mai largă decât cea a tipului psihocomportamental A, descris de Friedman şi R. Rosenman.

Astfel, pe baza unor studii şi observaţii personale (Iamandescu - 1977, 1980, 1984) considerăm că o vulnerabilitate faţă de stres poate fi întâlnită atât la indivizi cu trăsături de personalitate accentuate dincolo de limitele unei adaptabilităţi sociale normale (şi contribuind la edificarea unor acte comportamentale adeseori "ineficiente"), cât şi la indivizi cu diverse tipuri de personalitate "neaccentuate", dar înclinaţi către un comportament generator facil de stres psihic.

Un astfel de comportament este prezent la indivizi cu diferite tipuri de personalitate (psihastenic, isteric, paranoid etc.), unificaţi prin posedarea unor însuşiri comportamentale asemănătoare, faţă de realizarea unei sarcini (de obicei profesionale) şi de raportare la cei din jur, **tipul comportamental A** - type A behaviour pattern - (TABP), descris de Friedman, Rosenman şi Jenkins.

Analiza acestui tip de comportament - dominat de sentimentul urgenţei şi cel al competiţiei, acesta din urmă dublat de ostilitate, va fi făcută în

capitolul consacrat PS cardiovasculare. În acest paragraf vom nota doar impactul comportamentului A asupra unor parametri fiziologici.

Astfel, posesorii tipului comportamental A, fie numai cu ostilitate crescută (Haynes) fie cu tot ansamblul trăsăturilor TABP, vor "rezona" disproporţional, de exemplu prin secreţie excesivă de catecolamine ± cortizol, la o arie extrem de largă de stimuli psihici negativi. **Tipul comportamental A reprezintă - în opinia noastră - un tip "ideal" pentru "crearea", de către însuşi individul apartenent, a unor premise pentru "colecţionarea" facilă a numeroase şi variate stresuri psihice şi prin aceasta, el devine un important factor de risc pentru o serie mai largă de boli decât bolile cardio-vasculare cu răspândire largă dar şi a altor boli cronice degenerative** (Iamandescu - 1993, confirmat şi de Băban şi colab. - 1995).

Pornind de la aspectele vizând rolul tipurilor psihocomportamentale în favoarea instalării unor boli (în special psihosomatice dar şi a celor cu evoluţie cronic degenerativă), cu o componentă etiologică psihogenă - iniţial mai "ştearsă", dar ulterior tot mai accentuată - nu se poate concepe o tentativă a inserţiei acestor factori etiologici în patogeneză decât apelând la conceptul de stres psihic fără a uita însă şi **rolul condiţionării reflexe a reacţiei de stres la unii stimuli indiferenţi** (Caroline Koblenzer - 1987, Iamandescu - 1995).

7. Stresul perceput - rezultantă a interacţiunii agenţilor stresori cu factori şi mecanismele componente ale filtrelor antistres

❑ *Agenţi stresori. scale de evaluare*

Încă din 1967, Holmes şi Rahe au cercetat corelaţia dintre schimbările recente de viaţă (afectând căminul şi familia, munca şi relaţiile sociale ale subiectului) şi apariţia unor boli (infecţiile în general, tuberculoza şi infarctul miocardic), constatând că astfel de evenimente - cauzatoare de SP, uneori trecut cu vederea - pot avea o influenţă certă în patogeneză la marea majoritate a indivizilor. De exemplu, frecvenţa deceselor „imprevizibile“ ca şi a infarctului miocardic este net crecută la un grup de subiecţi din Finlanda care au înregistrat schimbări „de viaţă“ (concediere, divorţ, chiar şi mutarea într-o nouă locuinţă) în ultimele 6 luni în raport cu o populaţie martor fără astfel de schimbări şi cu caracteristici demografice asemănătoare (Rahe şi colaboratorii - citat de Yuwiller).

Ierarhizând situaţiile stresante cu caracter de „schimbare“ în viaţa diferiţilor indivizi corelate cu posibilitatea crescută de apariţie a bolii (deci sugerând un raport de cauzalitate), Rahe a evaluat principalele evenimente, grupate în patru categorii (**„starea sănătăţii“**, **„munca“**, **„casa şi familia“**, **„personal şi social“**), acordând fiecăruia un punctaj care indică potenţialul patogen al evenimentelor respective. Într-un „clasament“ conform acestui

punctaj primul loc îl ocupă mortea unuia dintre soţi (100), „urmată" de divorţ (80), starea de arest (64), spitalizarea (62), îmbolnăvirea unui membru din familie (54) şi situaţii profesionale, echivalente ca punctaj: pensionarea sau concedierea recentă şi situaţia de recent căsătorit (50 puncte). Pe ultimele locuri: schimbări ale obiceiurilor personale (12), petrecerea unei vacanţe (11) şi „încălcări minore ale legii".

Valoarea unor astfel de scale este incontestabilă, mai ales pentru studiile de epidemiologie a diferitelor boli somatice şi psihice, dar trebuie totdeauna analizată în cadrul anamnezei, „validarea prin S.P.", de către fiecare individ a unor astfel de evenimente. În plus, chiar în condiţiile în care acele „life changes" postulate de Holmes şi Rahe declanşau reale SP majore, apariţia bolilor „prezise" de Scală a fost departe de proporţia prevăzută datorită unor factori de rezistenţă care ţin de personalitatea individului dar şi de terenul său de organ. Cohen şi Williamson (în 1989) au considerat riscul pentru îmbolnăvire de numai 9% pentru cazurile cu punctaj crescut la această scală. S-a subliniat şi de către alţi autori importanţa stresurilor minore zilnice cumulate în timp dar şi modul în care este perceput de către indivizi propiului stres psihic (v. Scala stresului perceput de Cohen şi Williamson).

Va trebui să prezentăm o mult mai **nouă scală a evenimentelor de viaţă cu rol de agenţi stresori, elaborată de Lindemann şi colab. (valabilă pentru Germania anului 1994)** pe un număr de 251 de subiecţi şi care indică un punctaj şi o ordine destul de diferite faţă de scala Holmes şi Rahe, apărută în urmă cu circa 30 de ani.

În privinţa evenimentelor "Casnice", - decesul partenerului de viaţă este punctat cu 86 p., iar divorţul (tot 70 p.) este "devansat" de decesul unei fiinţe apropiate (73 p.) şi o boală severă sau accident (72 p.). De asemenea, în jurul a 50 p. (căsătoria în scala Holmes şi Rahe) figurează evenimente precum: conflicte cu legea (60 p.), incendiu al locuinţei (60 p.), zgomot ambiant (51) sau penalităţi financiare şi tulburări de somn (ambele 50 p.).

Un loc important în această scală recentă a lui Lindemann îl ocupă **stresul profesional** declanşat cel mai frecvent de "condiţiile proaste de lucru" (62 p.), solicitări profesionale extrem de crescute (61 p.), munca în acord sau sub presiunea timpului (60 p.) sau conflictele cu şeful (55 p.).

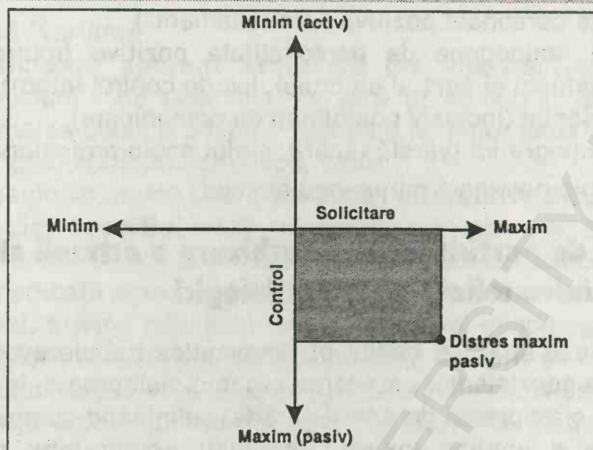
De altfel cercetările lui Thorell şi Karasek, completate ulterior de Siegrist au evidenţiat ca un model de stres profesional acel stres în care se configurează un complex situaţional tridimensional alcătuit din:

1 - amplitudinea şi calitatea (continuitate, plăcute-neplăcute) a solicitărilor;

2 - posibilitatea de control şi decizie (activ-pasiv) asupra sarcinii.

Ambele dimensiuni reprezentate pe axe perpendiculare prin combinarea valorilor lor extreme binare (înaltă şi scăzută), delimitează patru cadrane dintre care contrastul cel mai mare îl reprezintă **distressul maxim pasiv** (solicitare crescută şi control decizional minim) şi **distressul minim activ** (solicitare redusă, control decizional maxim).

Figura 2 Modificată după Siegrist - preluat din Buddeberg şi Willi



3 - ***suportul social*** ca factor cu rol de filtru în calea stresului şi care - adăugat ca o a treia dimensiune la primele două - contribuie la conturarea unui model spaţial tridimensional în care maxima morbiditate este plasată într-un "cub" ale cărei dimensiuni sunt reprezentate de: solicitare crescută, control decizional şi suport social scăzute (date preluate de Buddeberg şi Willi).

❑ **Factorii de risc biografici** reprezintă o serie de caracteristici de mediu, psihologice şi sociale, care îşi pun amprenta asupra individului, fiind considerate de către Hoffmann şi Eggle ca veritabili factori de risc pentru bolile psihice şi psihosomatice. Redăm aceşti factori în Tabelul 2.

Tabelul 2. Factori de risc biografici pentru patologia psihică şi psihosomatică. Sistematizarea după Hoffmann şi Eggle

1. Circumstanţe socio-profesionale ale părinţilor
- status socio-economic scăzut
- nivel şcolar scăzut al părinţilor
- activitatea profesională a mamei în primul an de viaţă al copilului
2. Climatul psihic indus de părinţi
- tulburări psihice ale mamei sau ale tatălui
- neînţelegeri cronice în familie (patologie relaţională)
- criminalitate sau disocialitate a unuia dintre părinţi (sau a ambilor)
3. Carenţe afective potenţiale ale copilului
- copil nedorit (inclusiv născut "nelegitim")
- educaţia unilaterală a mamei
- tată autoritar
4. Contacte sociale
- frecvent schimbate (nu sunt trainice)
- reduse (cu copii de aceeaşi vârstă)
- interval mai mic de 18 luni între fraţi
5. Abuz sexual sau viol

❑ **Factorii cu rol de filtru în calea agenţilor stresori** pot fi rezumaţi (după Bruchon-Schneider şi Danzer) astfel:

- experienţa personală pozitivă („antrenament")
- trăsături imunogene de personalitate pozitive (robusteţe, sens al coerenţei, optimism şi simţ al umorului, loc de control intern)
- suportul social (inclusiv posibilităţi de comunicare)
- factori demografici (vârstă tânără, statut socio-profesional ridicat)
- teren psihic patologic minim sau absolut.

8. Modul de participare şi ierarhizare a acţiunii stresului psihic între ceilalţi agenţi etiologici

În patogeneza apariţiei bolilor psihosomatice trebuie avută în vedere şi obligativitatea coexistenţei unui teren organic meiopragic, în care SP poate să-şi graveze o amprentă de diferite grade, culminând cu apariţia bolii.

Înainte de a analiza inserţia stresului psihic între ceilalţi factori etiopatogenetici ai bolilor interne, se cuvine să subliniem că **acţiunea sa - mediată prin stimulare neurovegetativă şi reacţia de eliberare a "hormonilor de stres" - se exercită prioritar asupra acelor aparate şi organe cu o bogată inervaţie vegetativă** (cardiovascular, respirator, digestiv) şi asupra unor funcţii generate (metabolice, imunitare) cu rol major în păstrarea parametrilor homeostatici ai întregului organism.

O ierarhizare, cu tentă exhaustivă, a participării SP şi intricării lui cu alţi factori etiopatogenici - în apariţia şi evoluţia diverselor boli (nu numai SP) a fost întreprinsă la noi în 1985.

Aşadar, sistematizând participarea stresului psihic la geneza bolilor interne, putem delimita următoarele situaţii:

8.1. - participă la constituirea bolii

Un exemplu ilustrativ îl pot oferi unii subiecţi predispuşi la hipertensiune arterială (HTA) la care stresurile psihice repetate pot conduce la apariţia bolii, uneori la vârste mai tinere decât la ascendenţii hipertensivi ai bolnavilor respectivi (Klumbies). Pornind de la acest exemplu se pot întrevedea două variante posibile:

a) boala este declanşată aparent exclusiv de factorul psihogen aşa cum sunt unele debuturi bruşte ale hipertensiunii arteriale după un stres major (divorţ, conflicte profesionale soldate cu retrogradări sau sancţionări etc.) cazurile întâlnite şi de noi (Iamandescu, 1991). Din instructivele observaţii ale lui Klumbies am putea menţiona la acest paragraf cazurile cu "pusee" de HTA, durând circa 6-12 luni, apărute la tinerii cu stări conflictuale, dar pasibile să intre în acalmie în urma unor proceduri psihoterapeutice sau odată cu dispariţia sursei stresante.

b) boala este produsă şi declanşată de un complex de factori etiologici care acţionează sumativ cu stresul psihic (excesul de sare în alimentaţie, instalarea obezităţii etc.).

8.2. - participă la ritmarea puseelor evolutive ale bolii odată constituite.

Şi aici există "variante":

a) **de participare aparent exclusivă** (ex. reactualizarea ulcerului duodenal în sesiunile de examene de vară şi de iarnă, la studenţi, în contrast cu ritmarea clasică a bolii - specifică la majoritatea bolnavilor dar tot pe un teren predispus (Iamandescu, 1980).

b) se adaugă posibilitatea unei **declanşări alternative de către unii din factorii etiologici specifici bolii** (revenind la ulcer, reintrarea în puseu poate fi datorată, într-un an, unei conduite alimentare defectuoase, în alt an, datorită unei medicaţii agresive inclusiv acidosecretoare, etc.). Referitor la ulcerul duodenal, privind relevarea importantului rol etiopatogenic jucat de Helicobacter Pylori, opinăm că acţiunea acestei bacterii se supune, şi ea, efectelor stresului asupra imunităţii, ştiut fiind efectul nociv asupra celulelor NK jucat de creşterea cortizolului plasmatic în stările de distres cronic, fapt ce scade apărarea locală faţă de agentul patogen menţionat.

8.3. - participă la întreţinerea evoluţiei prelungite sau cronice a unei boli şi inducerea apariţiei unor complicaţii.

Exemplificând tot cu ulcerul duodenal, prelungirea unui puseu, dincolo de limitele temporale, cu caracter obişnuit, boala poate fi consecinţa unui stres psihic conjugat sau nu şi cu alţi factori etiologici. Astfel am observat în vara anului 1976, la un lot de 26 de studenţi cu ulcer duodenal, apariţia la 12 din ei a unor complicaţii majore (8 cazuri cu hematemeză şi/sau melenă şi 4 cu perforaţie gastrică).

La 9 dintre aceşti bolnavi a fost înregistrată prezenţa unor stresuri psihice importante (6 din ei au pierdut anul universitar, iar la 3 bolnavi le-a decedat unul din părinţi).

La fel ne apare şi cronicizarea unei urticarii apărute acut la un alergen (alimentar de exemplu) şi prelungită (uneori cronicizare) prin coexistenţa ulterioară a unui stres psihic. Această adăugare a SP face adesea posibilă o condiţionare reflexă şi preluarea etiologiei de către factorul psihogen (Iamandescu - 1996 şi 1997).

8.4. - participă ca factor declanşant direct al decesului într-o afecţiune ajunsă în stadiul final evolutiv şi în care o gamă de agenţi etiologici pot precipita sfârşitul letal al bolii.

Cel mai elocvent exemplu este oferit de cazurile în care un stres psihic intens poate genera un edem pulmonar acut la un vechi cardiac (eventual hipertensiv) sau, mai ales, un infarct miocardic cu evoluţie rapid letală. Chiar eustress-ul poate, în aceste condiţii de boală preexistentă, să aibă drept efect decesul bolnavului, fiind cunoscută o serie de cazuri anecdotice de decese apărute la unii spectatori în urma emoţiei violente cauzate de marcarea unui gol de către echipa favorită. Această modalitate, relativ facilă, de a constitui o cauză fatală este rareori un atribut exclusiv al stresului.

Să nu uităm că eustress-ul, chiar declanşând aceleaşi furtuni neurovegetative şi hormonale ca şi distress-ul (analizat ca factor etiopatogen în prezentarea de faţă) este reputat ca având virtuţi terapeutice, în primul rând de regenerare nervoasă. Râsul este considerat astăzi ca având efecte benefice asupra a multiple funcţii ale organismului, analizate scrupulos prin variate metode de laborator. Totuşi, atunci când se analizează de ex. nivelul hormonilor de stres în cazul unui subiect supus unui examen, comparativ cu unul care are o explozie de bucurie (din alte motive), în ambele cazuri se evidenţiază o reacţie catecolaminică.

Desigur, mai există nuanţe, unele insesizabile, în special de ordin neurosecretor, care pot în viitor explica de ce într-un caz, rolul jucat de distress este nociv iar cel de eustress benefic. Se pot da şi răspunsuri privind pattern-ul diferit al emoţiei la nivelul structurilor corticale şi subcorticale, cu corelate somatice diferite, dar persistă încă multe necunoscute ce se cer studiate pe viitor.

Revenind la inserţia sa în rândul celorlalţi agenţi etiologici ai bolilor interne, trebuie amintit că cel mai adesea factorul psihogen - acţionând în exclusivitate sau asociat cu ceilalţi factori etiopatologici - declanşează la nivelul general al organismului, sau local de organ, tulburări funcţionale pasibile de o reversibilitate completă, mai ales când ele se produc asupra unor structuri morfo-biochimice încă nealterate sau fără fragilitate constituţională. Din acest motiv, de regulă, stresul psihic nu antrenează atât de frecvent tulburările patologice organice, deşi - în cazul preexistenţei unor meiopragii de organ sau ţesut (ori numai biochimice) sau repetărilor sale frecvente - se poate ancora şi în organicitate.

Ceea ce trebuie reţinut, este intrarea factorului psihogen în "elita" factorilor etiopatogenici ai bolilor interne, poziţie în care se cere tratat cu consideraţie de practicieni şi descifrat în intimitatea mecanismelor sale de către cercetători.

Bibliografie

1. *Appley MH, Trumbull R. Psychological stress - New York, Appleton Century-Crifts, 1967.*
2. *Brouchon-Schweitzer Marilou, Dantzer R. Introduction dans la psychologie de la santé pp. 13-42, Presse Univ. France, Paris, 1994.*
3. *Coculescu M. Neuroendocrinologie clinică. Ed. Medicală, Bucureşti, 1987.*
4. *Derevenco P, Anghel I, Băban Adriana. Stresul în sănătate şi boală. Ed. Dacia, 1992.*
5. *Dunbar Flanders, Synopsis of psychosomatic medicine, Mosby, St. Louis, 1948.*
6. *Floru R. Stresul psihic. Ed. Ştiinţifică Encicloped. Bucureşti, 1974.*
7. *French TM, and Alexander, F. Psychogenic factors in bronchial asthma. Psychosom. Med. Monogr. 1941, 4:2.*
8. *Golu M. În: Dicţionar de psihologie socială, Ed. Enciclopedică Bucureşti, 1981 pp. 235-236.*
9. *Iamandescu IB. Corelaţii psihosomatice în astmul bronşic. Teză de Doctorat, IMF Bucureşti 1980.*
10. *Iamandescu IB. Rolul factorilor psihoemoţionali în etiopatogenia astmului bronşic, Viaţa Medicală 1985, 1, 34.*

11. Iamandescu IB. The study of personality type on patients with allergic asthma using MMPI, vol.4th Cong. "Bronchitis and emphysema" - Abstracte, Giornale italiano delle malattie di torace, p. A78, sept. 23-28, 1985.
12. Iamandescu IB. Stresul psihic şi bolile interne, Ed. All, Bucureşti, 1993, p. 172-213.
13. Iamandescu IB. Principles of psychosomatic approach to allergic patients - Rev. Roum. Psychologie, 1993, 37, Nr.1, p. 79-89.
14. Iamandescu IB. Stresul psihic la interferenţa Psihologiei Medicale cu Psihosomatica. J. Med., 1993, 2, 17-19.
15. Iamandescu IB. Abordare psihosomatică în alergii. J. Med. Rom., 1993, 1, 19-20.
16. Iamandescu IB. Psihologie Medicală, Ed. Infomedica, 1996.
17. Kaplan AP. The pathogenia basis of urticaria and angioedema-recent advanced. Amer, J. Med. 1981, 70, 755.
18. Kaplan HB. Psychosocial stress. Acad. Press, New York, London, 1983.
19. Klumbies G. Psychotherapie innerer Erkrankungen, Jena, G. Fischer, 1983, pp. 459-462.
20. Klumbies G, Psychotherapie und Allgemeine Medizin, Hirsel Verlag, Leipzig, 1980.
21. Koblenzer Caroline. Psychocutaneous Disease. Grune and Straton Inc., Orlando, Florida, 1987.
22. Lazarus RS. Psychological stress and coping process, New York McGraw-Hill 1966.
23. Leonhard K. Personalităţi accentuate în viaţă şi literatură, Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică Bucureşti 1979.
24. Lindemann H. Das erofolgreiche Antistress Programm Orbis Verlag, München 1994.
25. Luban Plozza B., Laederach-Hoffmann K., Knaak L., Dickhaut H. H. Der Artz als Arznei, Deutche Artze Verlag, Köln, 1996.
26. Milcu St. M. Sindromul psihosomatic al bătrânului valid. Viaţa Medicală 1984, XXXI, 277-280.
27. Poenaru S. Neurotransmission et stress (2), Eutherapie 1984, 2, 1-6.
28. Sells SB. On the nature of stress. In: McGrath JE, (ed) Social and psychological factors in stress, New York, Holt, Rinehart and Winston, 1970, p.134-139.
29. Selye H. The stress of life, Longman, Green, London, 1957. Von Eiff A, Zur Psychology und Klinik des Stress. Terapiewoche, 1984, 34, 7192-7196.

***

Capitolul 5

MECANISME ADAPTATIVE (DE COPING) ÎN STRESUL PSIHIC. IMPLICAŢII ÎN PRACTICA MEDICALĂ

Ovidiu Popa-Velea

Termenul de "stres" a căpătat în ultimele decenii o extensie semnificativă, chiar spectaculară, ajungând a explica apariţia/agravarea a o serie întreagă de afecţiuni psihice sau somatice, izolate sau congruente.

Acest fapt, de altfel cu rădăcini în realitatea imediată, trimite cercetătorul sau chiar pe cel profan în materie – la întrebarea legitimă: există mecanisme, tehnici de a face faţă stresului, şi dacă da, cum anume funcţionează ele, cum pot fi optimizate, în aşa fel încît agenţii stresori – în mare parte inevitabili – să nu acţioneze necontrolat, haotic asupra noastră?

Răspunsul la această întrebare a fost dat în principal de două categorii de cercetători, unii care văd aceste lucruri prin perspectiva psihologiei cognitive, alţii – discipoli ai diverselor curente psihanalitice.

A. PERSPECTIVA COGNITIVISTĂ

După Lazarus şi Folkman (1984), termenul de **stres** desemnează o "relaţie particulară între persoană şi mediu, în care persoana evaluează mediul ca impunând solicitări care exced resursele proprii şi ameninţă starea sa de bine, evaluare ce determină declanşarea unor procese de coping, respectiv răspunsuri cognitive, afective şi comportamentale la feed-back-urile primite".

Această definiţie aduce în prim-plan câteva atribute definitorii pentru relaţia persoană-agent stresor, acesta din urmă văzut ca "factor fizic, chimic sau emoţional, (şi biologic, n.n.), ce produce tensiune corporală sau mintală" (Webster New Collegiate Dictionary, 1989), din care cel mai reprezentativ este termenul de "coping".

1. Coping: caracteristici generale

1.1. Definiţie, structură

Copingul desemnează un "efort cognitiv şi comportamental de a reduce, stăpâni sau tolera solicitările interne sau externe care depăşesc resursele personale" (Lazarus şi Folkman, ibid., pg.141).

Analiza acestei definiţii pune în evidenţă o caracteristică esenţială: copingul este ilustrarea faptului că stresul emerge numai din relaţia dintre subiect şi situaţie, fiind de neconceput în afara triadei acţiune-cogniţie-comportament dizadaptativ.

Definiţia de mai sus este oarecum restrictivă, în raport cu noţiunea mai largă de "strategii adaptative", care ar include şi mecanismele defensive de sorginte inconştientă, nesupuse controlului voluntar.

În ce priveşte caracteristicile copingului, paradigma cognitivistă clasică porneşte de la cel puţin două premise esenţiale :

1) copingul presupune efort conştient, îndreptat asupra modului în care situaţia stresantă este percepută, prelucrată, stocată;

2) copingul presupune o anumită procesualitate, etapizare, ce se concretizează în:

- a) anticiparea situaţiei (evaluarea costului confruntării);
- b) confruntarea propriu-zisă şi redefinirea situaţiei prin prisma confruntării;
- c) analiza semnificaţiei personale a situaţiei post-confruntare.

Există o anumită ierarhie la nivelul structurii copingului: copingul de tip cognitiv intervine atunci cînd strategiile comportamentale uzuale devin ineficiente, prea costisitoare, atunci cînd posibilităţile de intervenţie concretă în mediu sunt limitate, sau când timpul necesar unei asemenea intervenţii este prea scurt.

Distorsiunile în prelucrarea informaţiei, redefinirea situaţiei stresante în termeni convenabili, capătă, în viziune cognitivistă, o înaltă valoare adaptativă, deşi se poate întâmpla ca, uneori, să existe un dezacord între ceea ce stabileşte subiectul "ameninţat" în forul său interior şi exigenţele sarcinii.

Percepute din afară uneori ca mecanisme de "autoînşelare", tehnicile de coping de acest tip sunt frecvent întâlnite în clinică. Supraestimarea şanselor de vindecare şi minimalizarea simptomelor ce anunţă un prognostic prost (ex. scăderea accentuată în greutate la un bolnav neoplazic, etc.) sau optimismul nejustificat, denumite generic "iluzii pozitive" (Taylor şi Brown, 1994) ar avea o certă contribuţie modulatoare în relaţia cu stresul produs de boală.

Nu de puţine ori, un şir de evaluări/distorsiuni de acest tip, pot fi urmate de reevaluări ce nu se mai adresează situaţiei iniţiale, ci celei imaginate, construite mental de bolnav. Acest fenomen atinge un apogeu în cazul constituirii anumitor boli psihice, şi explică depărtarea tot mai accentuată de realitate a acestor pacienţi (ex. mecanisme defensive de tip proiectiv, aplicate neselectiv, mai ales pe un tip de personalitate dizarmonic, ca cel paranoid) ; îl întâlnim însă şi în diverse boli somatice, cu impact psihologic real, situaţie în care se poate ajunge la hipocomplianţă şi agravarea prognosticului iniţial.

În practică, chiar şi aplicarea exclusivă şi neselectivă a unei singure tehnici adaptative, duce în mod inevitabil la dizadaptare şi rupere de realitate. Atribute esenţiale ale mecanismelor cognitive de coping la o

persoană sănătoasă le-ar reprezenta aşadar flexibilitatea şi adecvarea. Orientarea teleologică (spre scop) a mecanismelor de coping nu trebuie să prevaleze în principiu asupra flexibilităţii.

1.2. Natura copingului

În legătură cu natura copingului, acest aspect rămâne controversat în literatură.

Unii autori (Miller, 1987, Carver şi colab., 1989, etc.) concep copingul ca pe o predispoziţie stabilă, sau ca pe o trăsătură de personalitate. Alţii (Lazarus şi Folkman, 1984, Miclea, 1997, Băban, 1998) îl văd ca pe un proces evolutiv, inclusiv în plan ontogenetic. Cea de-a 2-a variantă este cea care câştigă vizibil teren astăzi, inclusiv pentru că susţine mai bine flexibilitatea.

1.3. Forme de coping

Se delimitează o clasificare clasică (Lazarus şi colab., 1984, 1987) în **coping centrat pe problemă şi coping centrat pe emoţie.**

Prima variantă, numită şi **coping direct**, este direcţionată pe analiza, rezolvarea, sau, dacă nu este posibil, minimalizarea situaţiei stresante. Ea ar cuprinde, în principal, strategiile de acceptare a confruntării cu agentul stresor.

Cea de-a 2-a **(coping indirect)** se centrează pe persoană, pe (in)capacitatea ei de a face faţă stresului, şi cuprinde inclusiv modalităţi paliative sau de autoînşelare, prin care o confruntare decisivă cu agentul stresor este adesea amânată "sine die" sau chiar nu are loc.

Alţi autori concep copingul într-o manieră mult mai neomogenă, în esenţă multifactorială. Spre exemplu, Stone şi Neale (1984) îl văd ca fiind determinat de 8 factori (catharsis, suport social, acceptare, acţiune directă, distragere, redefinirea situaţiei, relaxare, sentimente religioase), şi înşişi Folkman şi Lazarus procedează, în 1985, la o diversificare a structurii copingului (8 factori: confruntare, distanţare, autocontrol, căutarea suportului social, asumarea responsabilităţii, evadare-evitare, planificarea rezolvării problemei, reevaluare pozitivă).

Revenind la clasificarea iniţială, să remarcăm interrelaţia între cele două tipuri de coping, ele susţinându-se şi potenţându-se reciproc: copingul centrat pe emoţie crează condiţiile pentru soluţionarea în condiţii mai bune a problemei (tensiunea ergică scade), iar copingul centrat pe problemă reduce distress-ul emoţional, printr-o evaluare mai realistă, decentrată de sentimentul neputinţei.

Există o legătură, atât de filiaţie conceptuală, cât şi obiectivă, între strategiile de coping (văzute din perspectivă cognitivistă) şi diversele scheme cognitive mai generale ale persoanei, care reflectă "modul de selecţie, păstrare, interpretare a informaţiei, din şi în experienţele trăite" (Băban, 1998), chiar şi independent de prezenţa stresului.

Mai reprezentative ne apar aceste legături în cazul locusului de control, autoeficacităţii, robusteţei.

2. Trăsături imunogene de personalitate, implicate în coping

2.1. Locus de control

Termenul de "locus de control" a fost lansat de Rotter (1966) şi desemnează "modul în care o persoană îşi explică succesul sau eşecul, prin cauze de tip intern sau extern, controlabile sau necontrolabile"(ibid.)

Locusul de control intern (LCI) reprezintă convingerea că responsabilitatea pentru eşec, respectiv meritul pentru succes stau în defectele, erorile, respectiv în aptitudinile şi calităţile persoanei respective, şi au o prea mică legătură cu întâmplarea sau factori de presiune din afară, în timp ce **locusul de control extern** (LCE) se referă la convingerea că sursa evenimentelor (pozitive sau negative) se găseşte în soartă, destin sau puterea altora.

Dincolo de apropierea evidentă care se poate face între categorii ca LCE-proiecţie, sau LCI-strategii de tip combativ ("luptă"), unii autori încearcă a stabili o legătură între tipul de LC şi eficienţa copingului. Astfel, LCI ar fi protector în stresul psihic acut şi cronic (Cohen, Edwards, 1989; Rotter, 1966), prin receptivitatea crescută a persoanei la informaţiile din mediu cu valoare adaptativă, prin rezistenţa la presiunile externe, ca şi prin gradul crescut de angajare în situaţie. Antonovsky (cit. de Băban, 1998) consideră că LCI manifestat prin responsabilitate (asumarea răspunderii pentru succes, dar şi pentru eşec) ar reprezenta un factor favorizant pentru sanogeneză. Alţi autori susţin, în consens, că LCE ar fi asociat cu o proporţie mai mare de insatisfacţii, şi cu o predispoziţie netă spre anxietate şi depresie (Sarason şi colab., 1978).

Totuşi aceste concluzii au un anumit grad de relativitate, în măsura în care :

a) LC are totuşi o evoluţie individuală cu vârsta (în general de la LCI spre LCE);
b) uneori LCI este asociat cu sentimente crescute de culpabilitate, iar LCE – cu o anumită detaşare de consecinţele situaţiei stresante ("externalitate defensivă");
c) există o variabilitate transculturală a LC, care vine din normele de presiune culturală şi socială specifice unui anumit tip de societate (ex. LCI - exprimabil în autonomie timpurie, independenţă, responsabilitate - şi strategiile agresive de coping sunt încurajate în societăţile moderne de tip occidental, iar LCE şi strategiile pasive, de tip "Capul plecat sabia nu-l taie" sau "Ce ţi-e scris, în frunte ţi-e pus", în societăţile de tip tradiţional).

2.2. Autoeficacitatea şi robusteţea

Autoeficacitatea (AE) reprezintă "convingerea unei persoane în capacităţile sale de a-şi mobiliza resursele cognitive şi motivaţionale, necesare pentru îndeplinirea cu succes a sarcinilor date" (Băban, 1998).

● AE crescută este asociată cu o motivaţie mai înaltă şi cu o centrare pe problemă mai accentuată şi mai productivă (subiectul îşi concentrează atenţia pe analiza şi găsirea de soluţii).

● AE scăzută este, în contrast, asociată cu atribuirea insucceselor unor cauze ce ţin de propria incompetenţă, teama de insucces, iar în plan clinic prin predispoziţia netă la:

- anxietate (prin perceperea ineficienţei resurselor de coping);
- depresie (rezultă din autocritica exagerată, fixarea de scopuri prea înalte).

Este documentată, de asemenea, o relaţie de directă proporţionalitate între AE şi funcţionarea optimă a sistemului imun, în special a celulelor T, subpopulaţia NK (Iamandescu, 1996).

Robusteţea (hardiness – engl., andurance – fr.) este o variabilă individuală ilustrativă pentru rezistenţa la stresul psihic, sau, altfel spus, pentru eficienţa mecanismelor de coping.

Trei componente definesc această dispoziţie de personalitate:

- LCI (convingerea că evenimentele pot fi controlate şi influenţate, datorită capacităţilor şi aptitudinilor subiectului);
- angajarea şi persistenţa în scopul propus;
- percepţia schimbărilor de viaţă, ca fiind normale (sau chiar ca pe nişte provocări ("challenges"), şi nu ca pe nişte fatalităţi.

3. Limitele teoriilor cognitive asupra copingului

În principal, cei care susţin limitele teoriei cognitive (psihanalişti, psihiatri, dar şi unii medici somaticieni) se prevalează de incompatibilitatea între noţiuni ca prelucrare informaţională, restructurare cognitivă conştientă, etc., şi posibila evoluţie subterană a unui agent stresor (uneori strict la nivel inconştient), sau de evoluţia sa brutală, ce nu lasă timp suficient mecanismelor de filtrare şi adaptare conştientă să acţioneze. Iamandescu (1993) consideră că toţi agenţii stresori (fizici, chimici, biologici) induc, în ultimă instanţă, un stres psihic "secundar". Este evocat efectul stresor jucat de stimuli afectogeni puternici (ex. dezgustul violent sau emoţia brutală la vederea unui accident), ca şi stresul psihic instalat în cursul efectuării unei acţiuni cu rezonanţă afectivă plăcută pentru subiect, ce generează insidios o "stare de oboseală, cu atributele stresului" (ibid). După Shaffer (1982), citat de L. Alexandrescu (1997), agenţii stresori silenţioşi, insidioşi "pot declanşa SGA (sindromul general de adaptare – n.n.) direct, fără o evaluare cognitivă conştientizabilă", iar agenţi "inevitabili" (ca poluarea atmosferică, zgomotul stradal continuu, etc.) sunt procesaţi automat, fără implicarea proceselor cognitive superioare.

Acestor puncte de vedere li se opun alţi autori, care, sprijinindu-se şi pe cercetări anterioare (studiul subcepţiei, analiza apărării perceptive, învăţarea implicită - inconştientă - a gramaticilor artificiale) postulează imaginea unui inconştient cognitiv (Miclea, 1997), ce depăşeşte cu mult clasicul conţinut "cald , umed , primitiv şi iraţional" (ibid.) al inconştientului

freudian. Inconştientul cognitiv ar avea certe proprietăţi informaţionale şi adaptative.

Această controversă, între punctul de vedere psihiatric – psihanalitic, şi cel al psihologiei cognitive, este încă departe de a fi rezolvată.

B. PERSPECTIVA PSIHANALITICĂ

Tradiţia psihanalitică asupra mecanismelor de apărare situează conflictul id(sine)-ego, ca tip de conflict primar, sursă a majorităţii mecanismelor defensive.

Ego-ul, supus "principiului realităţii", încearcă compromisul optim, reconcilierea între tendinţele de sens contrar ale sinelui şi supra-ego-ului, supuse exclusiv "principiului plăcerii", respectiv "datoriei".

Această reconciliere se poate realiza într-o manieră mai mult sau mai puţin adaptativă, funcţie şi de gradul de maturizare a mecanismelor defensive.

Ierarhizarea mecanismelor defensive este, din punctul de vedere psihanalitic, un fapt real, la un pol situându-se mecanismele cu un potenţial înalt patogen, "imature", ce blochează energia instinctuală, creând implicit premisele pentru acumularea tensiunii interne (ca de ex. negarea, represia), iar la celălalt pol, cele mature, "superioare", ca intelectualizarea şi sublimarea.

Tabel 1. Câteva importante mecanisme defensive inconştiente

MECANISM	CONŢINUTUL MECANISMULUI
1. Negarea	Desprinderea, din caracteristicile potenţial nocive ale unor agenţi stresori, a celor acceptabile sau mai uşor contracarabile. Unei dorinţe inconştiente i se refuză, cu ajutorul negării, intrarea în câmpul conştiinţei subiectului (nu o recunoaşte ca aparţinându-i, sau o recunoaşte într-o formă deghizată).
2. Proiecţia	Subiectul atribuie altcuiva – dorinţe , tendinţe pe care nu le recunoaşte ca fiind ale sale. Alte forme de manifestare: asimilarea de către subiect a unei persoane cu o alta (ex. transferul din psihanaliză), identificarea subiectului cu alte persoane sau cu creaţia sa.
3. Comutarea	Energia subiectului este deturnată de la scopuri intangibile, reprobabile, antisociale – spre scopuri tangibile (în cazul sublimării, ele au şi utilitate socială).
4. Refularea	Trimiterea şi menţinerea în inconştient de gînduri, imagini, amintiri, trăiri reprobabile, penibile, antisociale, psihotraumatizante. Are caracter de apărare temporară, deoarece conţinuturile refulate exercită o presiune permanentă asupra conştiinţei, tinzând să iasă la suprafaţă într-o manieră simbolică (vise , acte ratate, lapsusuri , sau (patologic) – ca simptome psihice).

MECANISM	CONŢINUTUL MECANISMULUI
5. Regresia	Reîntoarcerea la etape anterioare ale dezvoltării subiectului (etape legate de experienţe mai agreabile şi satisfacţii mai mari), produsă mai ales în condiţii de frustrare reală sau imaginară.
6. Formaţia reacţională	Investirea în diferite obiecte – de sentimente de sens opus unei dorinţe refulate şi comportamente inverse celor care corespund dorinţei refulate.
7. Intelectualizarea	Epuizarea în procesul analitic, al conţinutului psihotraumatizant al unei situaţii de viaţă.

Criticii paradigmei psihanalitice subliniază insuficienta operabilitate şi putere de generalizare a acesteia: mecanismele defensive, în viziune psihanalitică, ar fi îndreptate majoritar spre blocarea pulsiunilor instinctuale interne (şi mai puţin înspre afară), ca moment de apariţie sunt post-afective (se declanşează doar după ce a intervenit "anxietatea de semnal", cînd "pulsiunile instinctuale ameninţă să inunde Ego-ul" (Miclea,1997)). În viziunea acestor autori, demersul acestor mecanisme este adesea distorsionant în finalitate (nu facilitează uneori decât adaptarea de moment, iar alteori este chiar generator de simptome).

În plus,se aduc critici care ţin de însăşi esenţa teoriei psihanalitice: operarea implicită cu constelaţii şi mecanisme psihice inconştiente, deci nedemonstrabile.

Reţinem, la acest punct (în ce priveşte mecanismele adaptative în faţa stresului psihic) – predilecţia pentru folosirea termenului de "coping", de către cognitivişti, faţă de termenul "mecanisme defensive", mai uzitat de orientarea psihanalitică, care corespund tendinţei de a alătura termenul de "coping" mecanismelor conştientizate, iar pe cel de "mecanisme defensive" - celor subconştiente sau inconştiente.

Principalele deosebiri între cele două curente, în ce priveşte mecanismele adaptative faţă de stres, sunt sintetizate în tabelul 2:

Tabel 2 Compararea mecanismelor de coping cu cele defensive (A.Băban,1998)

MECANISME DE COPING	MECANISME DEFENSIVE
• procese (sub)conştiente; • produse în contact cu realitatea; • permit confruntarea cu realitatea; • implică scop şi perspectivă (sunt orientate spre prezent şi/sau viitor); • au (necesită) flexibilitate; • permit exprimarea afectivă; • preced sau succed reacţiei de stres; • sunt orientate spre interior sau exterior; • au eficienţă situaţională.	• procese inconştiente; • produse la interfaţa ego-id; • distorsionează (mai mult decît cele de coping) realitatea; • orientate predominant spre trecut; • implică automatisme, sunt rigide; • blochează exprimarea afectivă; • sunt procese post-afective; • orientate spre blocarea pulsiunilor instinctuale interne; • au organizare ierarhică: mature vs. imature.

C. UTILITATEA CUNOAŞTERII MECANISMELOR ADAPTATIVE ÎN PRACTICA MEDICALĂ. TIPURI PSIHOCOMPORTAMENTALE CU RISC. ALTERNATIVE TERAPEUTICE

Pentru medicul curant, ca şi pentru psiholog, cunoaşterea pattern-urilor adaptative favorite ale pacientului reprezintă un important avantaj, atât în (re)evaluarea prognosticului prin prisma grilei comportamentale, dar şi pentru aprecierea corectă a complianţei terapeutice.

Uneori se pot identifica la unii pacienţi adevărate tipuri de personalitate, cu vocaţie pentru incorporarea stresului, cum ar fi tipul A, C sau o tulburare precum alexitimia.

Primul dintre acestea, **tipul psihocomportamental A**, a fost descris de Friedman şi Rosenman , încă din anii '60, în legătură cu predispoziţia spre boli cardiovasculare. Ulterior, s-a dovedit faptul că trăsăturile caracteristice tipului A predispun la boală psihosomatică în general, prin suprasolicitarea compartimentelor psihic motivaţional, voliţional, afectiv, cognitiv, mai ales dacă aceasta este coroborată cu nerespectarea unui regim de viaţă sanogenetic, sau cu o vulnerabilitate înnăscută de organ (meiopragie). Ei sunt adevăraţi "colecţionari de stresuri", şi posedă mecanisme de convertire la nivel metabolic a factorului psihogen în tulburări sau boli psihosomatice (Iamandescu, 1996).

Principalele trăsături ale acestui tip de personalitate ar fi reprezentate de sentimentul urgenţei şi de ostilitate, dar lor li se asociază mai întotdeauna, şi consecinţe în planul relaţiei medic-pacient, care periclitează relaţia terapeutică, o mare parte din aceşti bolnavi fiind hipocomplianţi, având adesea expectaţii nerealiste de la instituţia medicală, neangajându-se activ în recuperarea/păstrarea stării de sănătate (au "alte priorităţi"), etc.

Restructurarea tipului A reprezintă o problemă spinoasă, în condiţiile lipsei de motivaţie a pacientului pentru schimbarea conduitelor sale "standard" de a face faţă stresului. Între modalităţile terapeutice mai frecvent folosite, s-ar situa psihoterapiile cognitiv-comportamentale, training-ul autogen şi chiar psihoterapia de grup (cu analiza predilectă a factorilor de risc incriminaţi).

Tipul C, pus în relaţie cu bolile neoplazice, a fost descris de Temoshok (1990), pe baza dimensiunii reprimare-vigilenţă. El ar fi caracterizat de asocierea unor mecanisme represive puternice (pînă la incapacitatea de verbalizare şi chiar de recunoaştere a emoţiilor), cu un complex de reacţii secundare, precum autodeprecierea, sentimente de neputinţă şi de pierdere a controlului.

Tipul C, denumit de unii autori şi "anger-in"(pentru că o dimensiune esenţială a sa o reprezintă reprimarea sentimentelor negative, de ostilitate), constituie în plan comportamental, o ilustrare fidelă a copingului centrat pe emoţie, asociat din punct de vedere neuro-hormonal şi imunitar - cu

diminuarea secreţiei de catecolamine şi a activităţii celulelor NK, şi cu hiperfuncţia axei hipotalamo-corticotrope, ceea ce accentuează inhibiţia celulelor NK.

Contrada, cit. de Brouchon-Schweitzer şi Danzer (1994) elaborează chiar un model etiopatogenic complex, ce argumentează pentru legătura între atitudinea "raţională" (antiemoţională) a acestor subiecţi, şi dezvoltarea de infecţii cronice şi neoplazii.

Alexitimia, descrisă pentru prima dată de J.C.Nemiah şi mai ales de P. Sifneos (citaţi de G. Ionescu, 1990) ar fi caracterizată în principal de o incapacitate de autocunoaştere şi expresie, manifestă clinic prin:
- sărăcirea vieţii imaginative;
- inabilitate de autoexaminare;
- rigidizarea, "constricţia" vieţii emoţionale;
- incapacitatea de exprimare adecvată şi nuanţată, în vederea comunicării dispoziţiei.

Iamandescu (1998) consideră că principalul mecanism care ar putea fi invocat în aprecierea alexitimiei drept factor patogen, l-ar constitui posibilitatea redusă de exteriorizare (prin verbalizare) a suferinţei lor psihice sau somatice. Ikemi (1995) lansează chiar termenul de "alexisomie", aceasta reprezentând incapacitatea de exprimare, la bolnavii psihosomatici, a suferinţei lor corporale.

În cazul alexitimicilor, se aduce în discuţie ceea ce unii autori înţeleg prin "hiposimbolism", uneori dobândit, alteori înnăscut. Dacă în cazul alexitimiei primare, etiologia rămâne neclară (componenta ereditară nefiind incriminată exclusiv), alexitimia secundară rezultă din modificări la nivelul stilului de coping, constituite prin intermediul învăţării sociale.

Se notează (C. Tudose, 1987), răspunsul bun la psihoterapiile suportive şi educaţionale, la unele terapii de grup, iar în tulburările psihosomatice asociate – utilitatea biofeedback-ului şi a terapiilor de relaxare.

Deşi pattern-urile descrise pot explica o parte din dificultăţile pe care le întâmpină o serie de pacienţi, atât în raportul cu propria lor boală, cât şi în relaţia cu medicul, rămâne deschisă problema acelor pacienţi care nu se încadrează în categoriile menţionate, şi care, fără a avea, de altfel, o afectare psihică gravă, cu potenţial de ireversibilitate, se cantonează în mecanisme dizadaptative de coping.

În aceste cazuri, cele mai numeroase de altfel, se pune problema educării pacientului în direcţia însuşirii unui nou stil de viaţă, şi înarmarea sa cu mijloacele necesare pentru a accede şi a se menţine la acest palier.

Pentru realizarea acestui obiectiv, consecutiv identificării mecanismelor dizadaptative (inclusiv a dinamicii acestora), se poate trece la o formă de psihoterapie adecvată necesităţilor şi posibilităţilor pacientului.

Câteva orientări în această direcţie ar merita menţionate (după Holdevici, 1996):

- psihoterapia experienţială: consideră omul ca pe o entitate activă, autoafirmativă, cu un potenţial latent cert. Nu se urmăreşte neapărat strict vindecarea simptomelor actuale, ci perfecţionarea, atingerea unui nivel

superior de conştiinţă, accentuându-se pe contextul de viaţă în care are loc psihoterapia, pe raportul de simetrie (egalitate) între psihoterapeut şi client. Prin tehnici de exprimare liberă a Eu-lui (dramatice, de imaginaţie dirijată, etc.) se crează premisele pentru saltul de la folosirea exhaustivă, stabilă, rigidă a câtorva strategii – la multiplicarea acestora şi la flexibilizarea utilizării lor;

- **psihoterapia cognitiv-comportamentală**: pune accentul pe formularea problemei în termeni clari, şi pe elaborarea unor strategii comportamentale la îndemâna pacientului, de a face faţă situaţiei. Accentul se deplasează de la insurmontabilitatea aparentă a problemei, spre raţionalizare, experimentare (inclusiv mentală), relaxare, fiind extrem de eficientă în tulburări de tip anxios sau obsesivo-fobic;

- **psihoterapia scurtă, centrată pe obiectiv**: vizează clarificarea scopurilor pacientului, deplasarea centrului de greutate al discuţiei dinspre problemă spre soluţie (pornindu-se de la aşa-zisele "excepţii pozitive" din viaţa pacientului), evidenţierea progreselor (chiar minime) ale pacientului, încurajarea acestuia în direcţia asumării de responsabilităţi şi acţiuni independente;

- **analiza tranzacţională**: se porneşte de la premisa multiplicităţii stărilor Ego-ului, în fiecare persoană coexistînd stările de "părinte", "adult" şi "copil", fie în latenţă, fie activ. Trecerea la terapie este precedată de analiza stărilor Ego-ului şi de alcătuirea unei egograme. Analiza relaţiilor interpersonale şi tentativa de restructurare comportamentală implică analiza dinamicii stărilor Eu-lui şi modificarea scenariilor de viaţă. Acest obiectiv poate fi realizat şi cu ajutorul hipnozei, în vederea obţinerii regresiei de vârstă, necesară acestor schimbări.

- **psihoterapia de grup**: facilitează (funcţie şi de dezirabilitatea subiectului în grup), apariţia sentimentelor de acceptare şi de creştere a încrederii în sine, deplasarea comportamentului de la orientarea spre trecut – la cea spre viitor, deplasarea gândirii de la orientarea spre simptom la orientarea spre Eu, perceperea mai fină şi mai diferenţiată a realităţii.

Toate aceste forme de psihoterapie, alături de psihanaliză, şi fără a epuiza paleta extrem de largă de psihoterapii , au vocaţie adaptativă, în primul rând prin restructurarea mecanismelor de coping, dar şi prin creşterea disponibilităţii generale a subiectului la autocunoaştere şi autoformare. Utilizarea lor la bolnavii psihosomatici reprezintă un aport extrem de valoros în remodelarea unor comportamente nocive pentru sănătate, ele valorizând suplimentar colaborarea cu psihologul, şi optimizând intervenţia terapeutică.

Bibliografie

1. Alexandrescu L. - (1997) "Stresul psihic - concepte generale". În: Rev. Română de Sănătate Mintală, 6, 6-10.
2. Băban Adriana - (1998) "Stress şi personalitate", Presa Universitară Clujeană, 43-70, 89-98
3. Brouchon-Schweitzer M., Dantzer R. - (1994) "Introduction à la psychologie de la santé", Presse Univ. de France, Paris.
4. Carver S., Scheier M., Weintraub J. - (1989) "Assessing coping strategies: a theoretically based approach. Journal of Personality and Social Psychology, 1, 184-195.
5. Cohen S., Edwards J.R. - (1989) "Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder", în R.W.Neufeld (ed.) - "Advances in the investigation of psychological stress", J.Wiley & Sons, Chicester.
6. Folkman S., Lazarus R.S. - (1985) "If it changes, it must be a process; study of emotion and coping, during three stage of college examination" , Journal of Personality and Social Psychology, 48, 150-170.
7. Friedman M., Rosenman R.H. - (1959) "Association of specific overt behavior patterns, with blood and cardiovascular findings: blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinically coronary disease", JAMA, 169, 1286-1296.
8. Friedman M., Rosenman R.H. - (1974) "Type A behavior and your heart", Knopf, New York.
9. Holdevici Irina - (1996) "Elemente de psihoterapie", Ed. All, Bucureşti.
10. Iamandescu I.B. - (1993) „Stresul psihic şi bolile interne“, Ed. All, Bucureşti.
11. Iamandescu I.B. - (1998) „Psychoneuroallergology“, Romcartexim, Bucureşti.
12. Iamandescu I.B. - (1993) „Stresul psihic şi bolile interne", Ed. All, Bucureşti
13. Iamandescu I.B. - (1998) „Psychoneuroallergology", Romcartexim, Bucureşti.
14. Iamandescu I.B. - (1996) "Psihologie Medicală", ed.a 2-a, Ed.Infomedica, Bucureşti.
15. Ikemi Y. - (1995) „Integration of Eastern and Western Psychosomatic Medicine", Kyushu Univ. Press, Tokyo.
16. Ionescu G. - (1990) "Psihoterapie", Ed.Ştiinţifică, Bucureşti.
17. Lazarus R.S., Folkman S. - (1984) "Stress, Appraisal and Coping", Springer Publishing Company, New York.
18. Lazarus R.S., Folkman S. - (1987) "Transactional Theory and Research on emotions and coping", European Journal of Personality, 1, 141-169.
19. Miclea M. - (1997) "Stress şi apărare psihică", Presa Universitară Clujeană, 4-43.
20. Miller S. - (1987) "Monitoring and blunting: validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat", Journal of Personality and Social Psychology, 52, 345-353.
21. Rotter J.B. - (1966) "Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement", Psychological Monographs, 80, 1-128.
22. Sarason I.G., Johnson J., Siegel S. - (1978) "Assessing the impact of life changes : development of the Life Experiences Survey", Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 932-946.
23. Shaffer M. - (1982) "Life after Stress", Plenum Press, New York.
24. Stone A., Neale J. - (1984) "New measure of daily coping:development and preliminary results" , Journal of Personality and Social Psychology, 46, 892-906.
25. Taylor S.E., Brown J.D. - (1994) "Positive illusions and well-being revised : Separating facts from fiction", Psychological Bulletin, 1, 21-27.
26. Temoshok L. - (1990) "Type C and cancer", Random House, New York.
27. Tudose Cătălina - (1987) "Alexitimia", în C.Gorgos (red.)- "Dicţionar enciclopedic de psihiatrie", vol.1 (A-D), Ed.Medicală, Bucureşti.

***

Capitolul 6

HORMONII DE STRES

Fraga Paveliu, Sorin Paveliu

1. Consideraţii generale

Hormonii reprezintă chemiteri umorali, substanţe capabile să transmită informaţia pe cale umorală, la distanţă, la nivelul receptorilor celulari specifici existenţi în diverse ţesuturi.

Glandele endocrine, în funcţie de natura agentului stresor, determină un răspuns, ***eliberând*** catecolamine, hormoni glucocorticoizi, vasopresină, prolactină, opioide endogene şi.***inhibând*** eliberarea de testosteron, hormoni gonadotropi.

Implicarea hormonilor în reacţia de stres psihic sau fizic nu se poate desprinde în mod net de cea a sistemului nervos central şi autonom, datorită intricării şi interdependenţei activităţii celor trei sisteme. Acest aspect este valabil şi referitor la sistemul imun, cu care sistemul neuroendocrin are legături strânse demonstrate recent.

1. Rezultanta globală a secreţiei diferitelor glande endocrine în stres, conturează un tablou umoral specific diverselor situaţii generatoare de stres. Intricarea sa cu ceilalţi mediatori ai reacţiei de stres (de neurosecreţie a celulelor nervoase sau fibrelor nervoase de diverse categorii: adrenergice, colinergice, peptidergice, etc.) realizează o rezultantă umorală complexă cu efecte „nuanţate" asupra receptorilor celulari specifici hormonilor şi mediatorilor respectivi, declanşând răspunsuri somato-viscerale caracteristice pentru subtipul de stres psihic (de ex. reacţie violentă sau blocaj emoţional în cadrul unui conflict sau aşteptare anxioasă sau depresie, etc).

Fondul activităţii secretorii a glandelor endocrine, ca şi starea funcţională bazală a sistemului endocrin, la care se adaugă terenul genetic şi eventualele antecedente patologice, condiţionează amplitudinea şi durata răspunsului; nu trebuie ignorate corelaţiile cu centrii nervoşi: cortico-limbico-hipotalamici, în special factorii eliberatori sau factorii inhibitori ai hormonilor adenohipofizari, etc.

2. Referitor **la natura agenţilor stresori** care determină eliberarea de CRF (corticotrophine-releasing factor), menţionăm:

- disconfortul fizic şi probabil psihic;
- stările de abandonare a luptei, generatoare de reacţii de „ajustare pasivă" în cursul stresului psihic;

- stările de „suspense" înaintea unei intervenţii chirurgicale sau de anticipare a unui act care implică durerea fizică şi un efort intens.

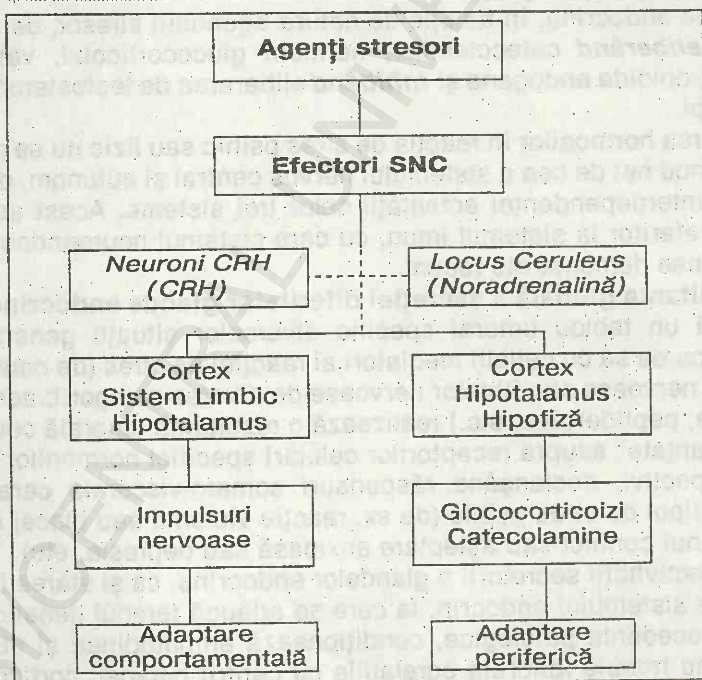
Eustresul produce, de asemenea, o reacţie cortizolică, dar aceasta este depăşită de reacţia catecolaminică.

Este de menţionat că pot exista stresuri psihice fără modificări ale nivelurilor serice ale cortizolului.

Clasic, se cunosc două tipuri de răspuns endocrin global la stresul psihic, după predominanţa uneia din cele două reacţii fundamentale postulate de Selye: catecolaminică şi cortizolică. În prezent, tabloul umoral neuroendocrin este mult mai complex.

3. Principalii efectori biologici ai răspunsului generalizat la stres (sindromul general de adaptare) sunt reprezentaţi de CRH - hormonul eliberator de corticotropină - şi sistemele norepinefrină - locus ceruleus.

Figura 1. Medierea stresului de către efectorii centrali prin intermediul CRH - corticotropin releasing hormone şi al SNC (după Gold WP)



Când homeostazia este ameninţată, aceşti efectori, puşi în mişcare, acţionează direct asupra sistemului nervos central *(figura 1)*, facilitând căile nervoase adaptative, care promovează atenţia, vigilenţa, agresivitatea, în timp ce le inhibă pe cele non-adaptative ce promovează funcţii vegetative precum: comportamentul alimentar şi sexual, funcţia reproductivă. În periferie, ele acţionează prin intermediul catecolaminelor şi al hormonilor glucocorticoizi pentru a redirecţiona fluxul sanguin către sistemul nervos central şi a mobiliza energia pentru acţiune imediată.

4. **Există o funcţie foarte importantă a hormonilor glucocorticoizi** în timpul stresului, ce necesită o atenţie specială. Secreţia de hormoni glucocorticoizi este necesară pentru a restrânge sau contracara efectele răspunsului la stres, prevenind consecinţele activării prelungite excesiv. Astfel, **hormonii glucocorticoizi antagonizează hormonul eliberator de corticotropină şi sistemul noradrenalină - locus ceruleus.**

Efectul ce urmează se poate produce:

- *direct*, prin **stimularea activităţii enzimatice a tirozinhidroxilazei la nivelul locus ceruleus**, mediată prin **intermediul receptorului glucocorticoid;**
- *indirect* prin **inhibiţia efectului hormonului eliberator de corticotropină asupra locus ceruleus.**

Hormonii glucocorticoizi mediază, de asemenea, imunosupresia - mecanism în care intervine răspunsul inflamator implicat în clasica situaţie "fight-or-flight", în traumatisme. Deşi poate oferi un avantaj în timpul unei situaţii acute, un astfel de efect devine problematic în timpul distresului emoţional, care rar se rezolvă rapid şi definitiv, precum pericolul asociat cu combativitatea fizică directă.

Oricare stres, inclusiv cel psihic, implică activarea sistemului neuroendocrin central care presupune intervenţia:

- axei hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenaliene;
- catecolaminelor.

Studii clinice şi experimentale recente au arătat că niveluri crescute ale cortizolului (de tipul celor din stresul psihic cronic) putând produce leziuni ale sistemului nervos (hipocampul - veche formaţiune filogenetică anatomică, implicată în unele forme de memorie - are o sensibilitate crescută la acţiunea cortizolului).

În cursul unui stres acut, **concentraţii crescute ale cortizolului determină distrugerea neuronilor de la nivelul hipocampului, putând afecta memoria** care, mai departe, determină disfuncţii cognitive.

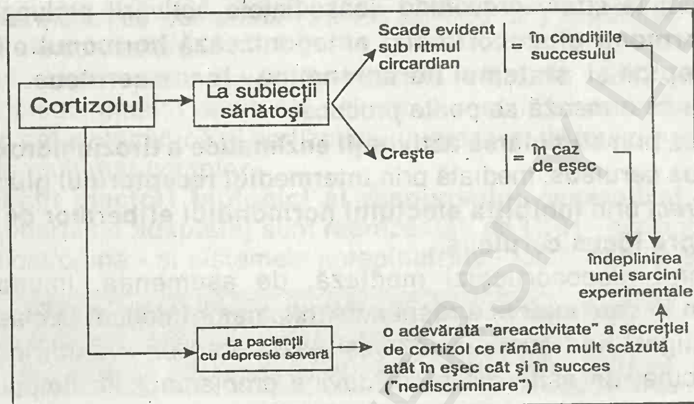
În cursul procesului de îmbătrânire, hipercorticismul este asociat cu afectarea performanţei - în sindromul Cushing, boala Alzheimer, depresie.

Dehidroepiandrosteronul (DHEA) reprezintă un antagonist al cortizolului. S-a constatat că nivelul de DHEA scade, şi este invers proporţional cu cel al cortizolului.

5. **Testosteronul** scade în stresul psihic, în cursul căruia subiectul percepe un control redus asupra evenimentelor (Henry). De regulă **există un raport invers între nivelurile cortizolului şi cele ale testosteronului** în cursul distresului, mai ales în faza anticipării eşecului (Rabin şi colab., 1988).

Diferenţierea secreţiei hormonale este în funcţie de intensitatea şi importanţa psihologică pe care le atribuie individul agentului stresant (Coculescu M.). Spre exemplu, secreţia de cortizol apare la stimuli mai puţin intenşi comparativ cu cea de hormon de creştere (Ling şi colab.). Reacţia corticosuprarenaliană poate fi determinată numai de caracterul de noutate sau de bruscheţea unui stresor fizic.

Figura 2. Intervenţia cortizolului în condiţii de stres (după Croes şi colab., 1993)



2. Axa hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenaliană

Hormonii glucocorticoizi joacă un rol important în adaptarea organismului la stres (*figura 2*).

În condiţii de stres, se constată, la câteva minute de la producerea acestuia, o creştere a sintezei de ACTH prin mecanism nervos (*figura 3*).

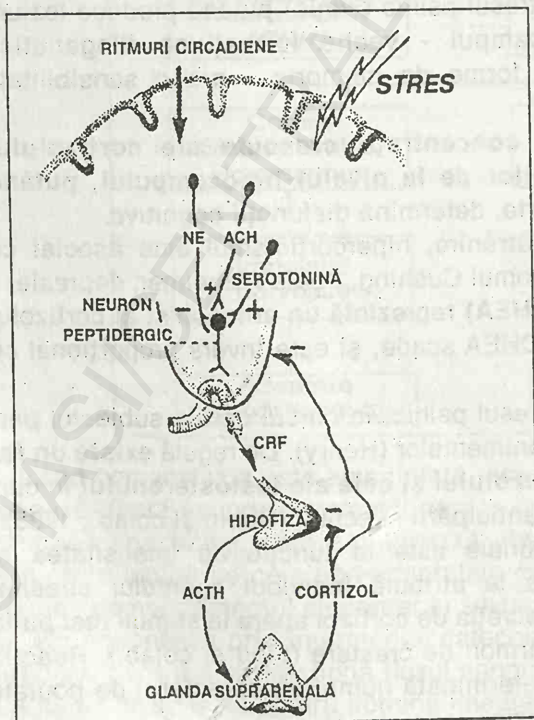


Figura 3. Reprezentarea schematică a reglării secreţiei de ACTH. Secreţia de ACTH este stimulată de CRF hipotalamic şi este inhibată prin feedback-ul negativ exercitat de cortizol (după Martin, J.B., et al., Clinical Neuroendocrinology, 2nd Ed. Philadelphia, F.A. Davis, 1997)

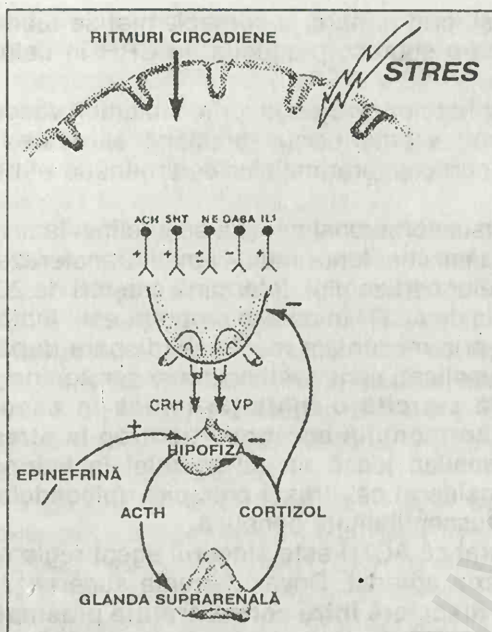


Figura 4. Reprezentarea schematică a funcţiei axului hipotalamo-hipofizo-adrenalian în stres (după Martin J.B., Reichlin S. Clinical Neuroendocrinology, 2nd Ed. Philadelphia, F.A. Davis, 1997).

1. Condiţii secretorii pentru ACTH şi cortizol

ACTH stimulează cortexul adrenal pentru a elibera cortizol, care la rândul lui exercită un feedback negativ asupra hipofizei anterioare. Secreţia de ACTH este stimulată de CRH care acţionează concomitent cu argininvasopresina (AVP) (VP în figura 4). **Eliberarea de epinefrină în sânge indusă de stres potenţează efectele AVP şi CRH.** Efectele de feedback ale glucocorticoizilor sunt exercitate direct asupra hipofizei şi asupra sintezei şi secreţiei de CRH şi AVP. În hipotalamus, secreţia de CRH şi AVP este reglată printr-o multitudine de neurotransmiţători şi neuropeptide, cei mai importanţi fiind reprezentaţi în figura 4. Dintre neurotransmiţătorii clasici, efectele excitatorii sunt exercitate de acetilcolină (ACH) şi serotonină (5TH), iar efectele inhibitorii de către GABA (acid gammaamino butiric). Catecolaminele pot avea atât efecte inhibitorii, cât şi excitatorii. Într-o reprezentare mai veche a acestui sistem de control, se credea că serotonina acţionează prin intermediul acetilcolinei. Studii mai recente sugerează că **serotonina acţionează direct asupra neuronului CRH, NE (norepinefrină), IL 1 (interleukina 1).**

ACTH-ul plasmatic şi secreţia de cortizol răspund la stresul fizic în mod caracteristic. Astfel, **ACTH-ul şi cortizolul plasmatic sunt secretate în minutele următoare debutului unui stres de tipul celui chirurgical sau hipoglicemic,** iar aceste răspunsuri abolesc ritmul circadian dacă stresul este prelungit. Răspunsul la stres îşi are originea în sistemul nervos central, cu o secreţie crescută hipotalamică de CRH şi, astfel, o secreţie crescută de ACTH hipofizar. Responsivitatea la stres a ACTH-ului plasmatic şi a cortizolului este abolită printr-o administrare anterioară a unei doze mari de glucocorticoid, iar în sindromul Cushing-spontan; din contră, responsivitatea secreţiei de ACTH este intensificată după adrenalectomie.

Creşterea secreţiei de ACTH şi, prin urmare, a cortizolemiei se face datorită diferiţilor stimuli nervoşi care sporesc producţia de CRH în celulele neurosecretorii din hipotalamus.

CRH (corticotrophin-releasing-hormone) ajunge prin sistemul vascular port hipotalamo-hipofizar în hipofiza anterioară, stimulând eliberarea de ACTH care va acţiona la nivelul corticosuprarenalelor determinând eliberarea cortizolului.

Cortizolul poate stimula conversia noradrenalinei şi a adrenalinei la nivelul medulosuprarenalei prin activarea enzimei fenoximetil-N-metil transferaza.

În stresul acut creşterea nivelelor cortizolului determină creşteri de 20 de ori ale secreţiei de ACTH. Secreţia de ACTH în aceste proporţii este inhibată rapid de creşterea cortizolemiei prin mecanism feedback (dispare după 30 de minute). Neurotransmiţătorii implicaţi sunt acetilcolina şi serotonina.

Noradrenalina intracerebrală exercită o inhibiţie tonică în ceea ce priveşte răspunsul secretor al hormonului adrenocorticotrop la stres.

Axul hipotalamo-hipofizo-adrenalian joacă un rol esenţial în fiziopatologia stresului. Mult timp s-a considerat că stresul precipită episoadele de tulburări afective la indivizii cu susceptibilitate genetică.

O lungă perioadă s-a considerat că ACTH este singurul agent reglator al descărcării de cortizol din cortexul adrenal. Dovezi recente sugerează că **există perioade în care apare o disociere între concentraţiile plasmatice de ACTH şi cele de cortizol** (de ex. după masa de prânz, după administrarea de de metamfetamine, în cursul primelor ore ale dimineţii), când pot exista creşteri ale cortizolemiei fără o modificare precedentă sau concomitentă a concentraţiei plasmatice de ACTH. Recent s-a observat că aproximativ o jumătate din timp nu există o relaţie directă între secreţia de cortizol şi de ACTH. **Sunt implicate mecanisme ACTH-independente,** incluzând activarea simpatică a cortexului adrenal, activarea prin mecanism paracrin - mesagerii chimici produşi în medulosuprareanală - şi alte peptide ce stimulează direct cortexul adrenal - de ex. γ-MSH, GH, interferoni, etc.

2. Reglarea secreţiei de ACTH

Secreţia de ACTH este reglată de o serie de factori: CRF, vasopresina, somatostatina, polipeptidul intestinal vasoactiv, catecolamine (atât prin mecanisme α- cât şi β-adrenergice), angiotensină, glucocorticoizi.

CRF şi vasopresina reglează secreţia de ACTH în cazul acţiunii diferiţilor agenţi cu efect stresor. CRF este principalul factor ce modulează răspunsul ACTH la stres, **vasopresina** jucând un rol adjuvant. Răspunsul la stresul hipovolemic (hemoragie - stres cu răsunet hemodinamic) este mediat în principal de vasopresină.

Noradrenalina, pe calea mecanismului α_1-adrenergic, este implicată în reglarea axului hipotalamo-hipofizo-adrenalian.

Dopamina şi serotonina au influenţe stimulatorii asupra axului hipotalamo-hipofizo-adrenalian; acidul γ-aminobutiric (GABA) şi peptidele opioide inhibă activitatea axei.

3. Efectele psihice şi somatice ale cortizolului

Pacienţii cu **tulburări afective**, în cursul fazei depresive, manifestă o secreţie crescută de cortizol, apreciată prin determinarea cortizolului liber urinar pe 24 de ore. **Pacienţii cu depresie au concentraţii plasmatice**

crescute de corticosteroizi, concentraţii cu atât mai mari cu cât depresia este mai severă (Gibbons). Nivelurile glococorticoizilor plasmatici revin la normal după tratamentul antidepresiv. Există o corelaţie pozitivă între rata producerii de cortizol şi anumite simptome de depresie şi anxietate.

Într-un studiu (Carpenter şi Bunney) s-a constatat o similaritate între concentraţiile de cortizol la pacienţii cu afecţiuni psihiatrice şi cele observate la cei cu boală Cushing.

Concentraţiile serice de cortizol sunt crescute la pacienţii cu depresie, existând atât creşterea numărului cât şi a amplitudinii episoadelor secretorii. Nu se constată un paralelism între gradul şi extinderea creşterii nivelului de ACTH şi variaţia observată în valorile cortizolului (Linkowski).

Rezultatele studiilor sugerează că **la subiecţii deprimaţi există o creştere a sensibilităţii cortexului adrenal la ACTH**, pacienţii cu depresie prezintă un răspuns cortizolic la ACTH superior faţă de subiecţii normali din lotul de control, în concordanţă cu creşterea responsivităţii adrenocorticale la ACTH în cursul depresiei.

În plus, **CRH este implicat - prin intermediul secreţiei de cortizol plasmatic - în scăderea imunităţii în stările depresive, prin afectarea celulelor NK**. Foarte posibil, CRH se eliberează în cursul stresului psihic de durată, iar când stresul psihic se menţine intens şi prelungit pe fondul unei stări depresive, apare iniţial o creştere a cortizolemiei cu efecte negative asupra imunităţii, corelate cu apariţia unor boli infecţioase şi accelerarea dezvoltării tumorale.

Tabelul 1. Efectele cortizolului asupra diferitelor ţesuturi şi organe (adaptat după I.B. Iamandescu – 1993, I.G. Totoianu – 1992)

Acţiuni metabolice ale cortizolului	
Metabolism	**Efecte fiziologice**
Metabolism protidic	– Reducerea sintezelor proteice – Bilanţ azotat negativ – Catabolism protidic crescut
Metabolism glucidic	– Stimularea activităţii enzimelor implicate în gluconeogeneză – Scăderea utilizării periferice a glucozei (în ţesutul muscular, adipos, limfatic) – Acţiune hiperglicemiantă şi prin efectul permisiv asupra glicogenolizei hepatice exercitate de adrenalină şi glucagon
Metabolism lipidic	– Mobilizarea grăsimilor din depozite, cu redistribuirea lor în anumite zone caracteristice (faţă, ceafă, fose supraclaviculare, trunchi, abdomen) – Potenţarea efectelor (în special efectului lipolitic) glucagonului, adrenalinei şi STH-ului asupra lipidelor (acest efect este contracarat de insulină)
Metabolism hidro-electrolitic	– Creşterea eliminării de K^+ şi reabsorbţiei de Na^+ la nivelul tubilor renali – Creşterea filtrării glomerulare, având un discret efect diuretic

Alte acţiuni ale cortizolului	
Ţesut sau organ	**Efecte fiziologice**
Tegumente şi mucoase	– Creşterea secreţiei sudorale – Diminuarea secreţiei seboreice – Scăderea sintezei fibrelor elastice – Scăderea numărului de celule conjunctive şi a fibrelor elastice la nivelul vaselor sanguine din piele
Ţesut conjunctiv	– Excesul de glucocorticoizi inhibă fibroblaştii, ceea ce conduce la pierderea de colagen şi ţesut conjunctiv
Sistem muscular	– Creşterea catabolismului protidic – Scăderea utilizării glucozei – Scăderea sintezei fibrelor colagene
Sistem osteo-articular	– Reducerea sintezei matricei colagenice – Stimularea activităţii osteoclastelor – Inhibarea osteoblastelor, cu osteoliză şi secreţie urinară crescută de hidroxiprolină – Scăderea fixării Ca^{2+} la nivel osos
Aparat respirator	– Efecte beta-stimulatoare pe bronhii (relaxare) – Scăderea secreţiei de mucus – Inhibarea migrării macrofagelor; inhibarea fagocitozei
Aparat cardiovascular	– Creşterea debitului cardiac – Sensibilizarea peretelui arterial la catecolamine (creşterea tonusului vascular periferic) – Creşterea volemiei (retenţie de Na^{+} şi apă) – Reglarea microcirculaţiei capilare
Sânge	– Stimularea eritropoiezei (policitemie) – Hipercoagulabilitate – Leucocitoză cu neutrofilie; scăderea numărului de bazofile; limfopenie şi reducerea numărului de eozinofile prin sechestrare la nivelul splinei şi plămânilor – Redistribuţia leucocitelor – Reducerea migrării leucocitare şi a fagocitozei
Aparat digestiv	– Creşterea secreţiei gastrice de pepsină şi HCl (favorizarea apariţiei ulcerului gastric) – Scăderea absorbţiei digestive a Ca^{2+} (diminuarea rezervelor de calciu ale organismului) – Inhibarea secreţiei de mucus – La nivel hepatic: producere crescută de corpi cetonici
Aparat uro-genital	– Retenţie tubulară de Na^{+} şi apă – Hipertonie arteriolară renală – Eliminare urinară crescută de Ca^{2+} şi fosfaţi – Rată crescută a filtrării glomerulare (datorită creşterii debitului cardiac sau a unui efect renal direct)
Sistem nervos	– Efect excitator; în stres secreţia de hormoni glucocorticoizi este mult crescută (glucocorticoizii joacă un rol important în adaptarea organismului la stres)

	– Creşterea consumului de glucoză la nivel neuronal – Creşterea sintezei neuronale de glutamină – Modificarea concentraţiei de serotonină şi catecolamine
Glande endocrine	– Inhibiţia hipotalamo-hipofizară – Inhibiţia funcţiei tiroidiene – Inhibiţia funcţiei gonadale – Potenţarea efectului presor al catecolaminelor (menţin reactivitatea normală a vaselor sanguine la acţiunea catecolaminelor) – Efect permisiv în ceea ce priveşte acţiunea bronhodilatatoare a adrenalinei şi noradrenalinei
Sistem imun	– Scăderea numărului limfocitelor T, prin diminuarea producerii interleukinei-2 – Diminuarea volumului ganglionilor limfatici şi a timusului – Scăderea sau suprimarea producerii de anticorpi (inhibarea mecanismelor de apărare a organismului faţă de infecţii) – Inhibiţia activităţii celulelor NK

3. Catecolaminele

Medulosuprarenalele reprezintă un traductor neuroendocrin periferic, aşa cum hipotalamusul este traductorul neuroendocrin central (de tip neuro-secretor).

Medulosuprarenala secretă atât **hormoni catecolaminici** (adrenalină, noradrenalină, dopamină), cât şi **hormoni peptidici opioizi** (enkefaline, endorfine), acestea din urmă cu rol neuromodulator local asupra celulelor care le secretă.

Adrenalina este sintetizată şi depozitată în medulosuprarenale, de unde este eliberată în circuitul sanguin. Noradrenalina provine din două surse, având o dublă ipostază funcţională: hormon secretat de medulosuprarenală şi mediator simpatic eliberat în circulaţia sanguină.

1. Acţiunile fiziologice ale hormonilor medulosuprarenali

Modificările fiziologice induse de catecolamine sunt mediate de receptorii adrenergici. Interacţiunea catecolamine-receptori are loc la nivelul membranei celulare, progresează la nivelul celulei şi determină răspunsul celular.

Răspunsurile fiziologice au fost caracterizate drept β sau α, pe baza seriei de activitate farmacologică selectivă a agoniştilor.

Ambele catecolamine determină **efecte tip alfa**; adrenalina determină efecte de **tip beta** (în general metabolice) mult mai pronunţate decât noradrenalina.

2. Mecanisme de reglare a secreţiei de catecolamine

În condiţii fiziologice eliberarea catecolaminelor din medulosuprarenală se face sub controlul direct şi exclusiv al sistemului nervos. Influxul nervos este un inductor enzimatic pentru **tirozinhidroxilază, enzima cheie care controlează rata sintezei catecolaminelor**.

Tabelul 2. Răspunsurile adrenergice ale ţesuturilor selectate

ORGAN SAU ŢESUT	RECEPTOR	EFECT
Inimă (miocard)	β_1	Creşte forţa de contracţie Creşte frecvenţa contracţiilor
Rinichi	β	Eliberare crescută de renină
Vase sanguine	α	Vasoconstricţie
	β	Vasodilataţie
Intestin	α, β	Motilitate scăzută şi tonus sfincterian crescut
Pancreas	α	Eliberare scăzută de insulină Eliberare crescută de glucagon
	β	Eliberare crescută de insulină Eliberare scăzută de glucagon
Ficat	α, β	Glicogenoliză crescută
Ţesut adipos	β	Lipoliză crescută
Majoritatea ţesuturilor	β	Termogeneză crescută
Tegument (glandele apocrine de pe mâini, axilă etc)	α	Sudoraţie crescută
Bronşiole	β_2	Dilataţie
Uter	α β_2	Contracţie Relaxare

Tabelul 3. Receptorii adrenergici şi efectele exercitării lor

Tipul	Mecanismul de acţiune prin mesagerul secund	Efecte fiziologice
Receptori alfa Alfa 1	Ca^{+2} activează fosfodiesteraza care transformă AMPc în AMP	Vasoconstricţie Contracţie uterină
Alfa 2	Prin proteina Gi este inhibată activitatea adenilciclazei	Hipertonia muşchilor netezi
Receptori beta Beta 1 Beta 2	Sunt cuplaţi adenilciclaza prin proteina Gs - stimulantă Determină sinteza de AMPc	Stimulează activitatea miocardului Stimulează lipoliza

Tabelul 4. Reglarea secreţiei de catecolamine

● nervos	- stresul, frigul, emoţiile, efortul fizic intensifică activitatea tirozinhidroxilazei, deci determină creşterea adrenalinei şi noradrenalinei.
● feed-back local intracelular	- excesul de catecolamine inhibă activitatea tirozinhidroxilazei, deci determină scăderea adrenalinei şi noradrenalinei.
● control umoral	- prin cortizol, cu rol de stimulare (activează PNMT) - prin prostaglandinele E, cu rol de stimulare.
● la nivel de receptor	- prin nivelul glicemiei

a) Controlul neurogen

În stres există un control nervos cu **arcuri reflexe gigante, catenare,** cu aferenţe multiple nervoase şi umorale la o zonă centrală catecolaminergică mezencefalo-diencefalică în **legătură cu sistemul limbic** ("creierul visceral"). Unele reflexe ale reglării viscerale se pot închide direct în trunchiul cerebral şi măduva spinării. Nu toate stresurile realizează activarea medulo-suprarenalei prin reflexe supraspinale. Unii stresori (imobilizarea prelungită) pot activa sistemul simpato–adrenal prin arcuri reflexe care se închid la nivelul măduvei spinării *(după Teodorescu Exarcu, Fiziologia şi fiziopatologia sistemului endocrin).*

Alţi agenţi stresori (intervenţiile chirurgicale) parcurg obligatoriu căi supraspinale, **secţionarea măduvei spinării împiedicând răspunsul endocrin la stres.**

b) Controlul local, intracelular, prin feedback

Catecolaminele îşi autoreglează producţia prin mecanism de feedback negativ între noradrenalina, adrenalina, dopamina intracelulare şi activitatea tirozinhidroxilazei.

c) Controlul umoral

În reglarea producerii de adrenalină intervine cortizolul, activând enzima PNMT. Din acest motiv, hipofizectomia scade sinteza de adrenalină; în absenţa cortizolului, enzima PNMT este degradată rapid.

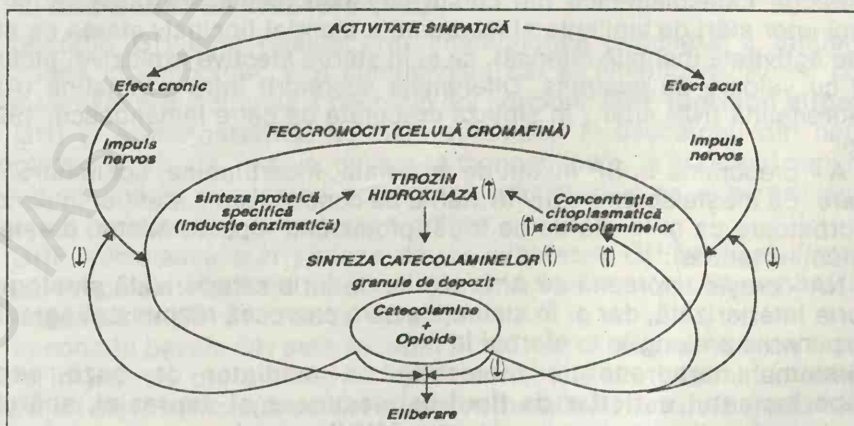
d) Reglarea la nivel de receptori

Receptorii adrenergici au un rol major în reglarea răspunsurilor ţesuturilor periferice la acţiunea catecolaminelor. Numărul de receptori disponibili şi afinitatea lor sunt influenţate de cantitatea de catecolamine, de factorii locali fizico–chimici şi hormonali.

Conform legii lui Cannon, **sensibilitatea unui organ la catecolamine creşte după denervare.**

Modificările fiziologice induse de catecolamine sunt mediate prin receptorii adrenergici existenţi la suprafaţa celulelor efectoare.

Figura 5. Controlul neurogen al secreţiei de catecolamine



3. Intervenţia catecolaminelor în stresul psihic

Catecolaminele deţin un rol important în adaptarea organismului la stres, atât din punct de vedere metabolic, hemodinamic cât şi psihocomportamental.

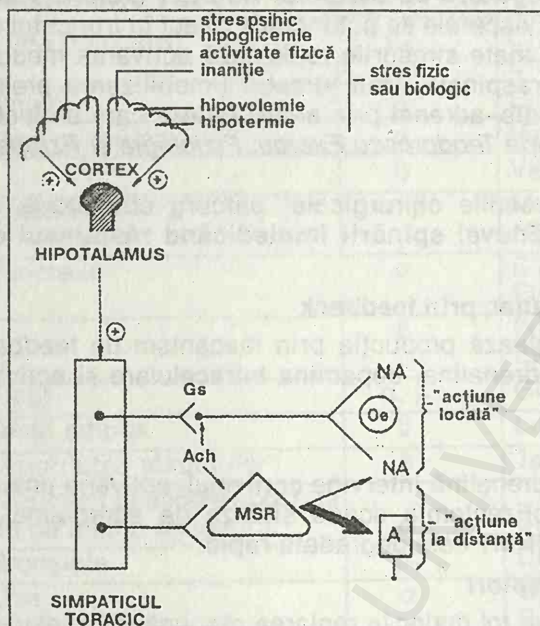


Figura 6. Rolul catecolaminelor în adaptarea la stres şi pregătirea organismului pentru activitatea fizică. Gs = ganglion simpatic; A = adrenalină; NA = noradrenalină; Ach = acetilcolină; Oe = organe efectoare; MRS = medulosuprarenala (după Totoianu I.G.- 1992)

Adaptarea psihocomportamentală la stres se realizează atât prin intermediul sistemului catecolaminergic central, cât şi prin cel periferic.

Catecolaminele intervin în stres prin "ajustarea" rezistenţei periferice prin vasoconstricţie mediată de receptorii α şi prin vasodilataţie mediată prin receptorii β. Un factor important pentru apariţia infarctului miocardic este reprezentat de spasmul coronarian prelungit, indus atât de hipercatecolaminemie, cât şi de depleţia magneziului, ambele produse în cursul stresului psihic (exemplul recent al unui caz relatat de Zeană C., 1999).

Adaptarea metabolică la stres are rol în menţinerea constantă a glicemiei.

Reacţia catecolaminică din cursul stresului psihic are loc prioritar în cursul unor stări de vigilenţă şi încordare a atenţiei (inclusiv starea de start ori de activitate mentală intensă), ca şi în stările afective explozive, inclusiv cele cu valoare de eustress. Diferenţele secretorii între adrenalină (A) şi noradrenalină (NA) apar - în sinteza executată de către Iamandescu, 1993 - astfel:

- A - predomină în SP însoţit de anxietate, incertitudine, schimbare, aşteptare. Ea creşte semnificativ în stările de concentrare a atenţiei în condiţii perturbatoare ca şi în stările de frică (producând hiperventilaţie, creşterea tensiunii arteriale);

- NA - creşte împreună cu A, în stările de furie exteriorizată şi, singură, în furia interiorizată, dar şi în siatuaţiile care provoacă răspunsuri agresive, în expunerile prelungite la efort şi la frig.

Sistemul noradrenergic reprezintă un mediator de bază pentru **comportamentul deficitar de tipul helplessness şi depresiei**, apărut în cadrul hipofuncţiei adrenergice (Janke şi Wolfgramm).

Weiss, citat de Janke şi Wolfgramm demonstrează **rolul stresului psihic cronic de a reduce disponibilitatea noradrenalinei** (favorizând, deci, depresia, care este legată de aceasta).

Sistemul dopaminergic este decisiv implicat în **medierea stărilor afective pozitive ce apar după stres** (Willner şi Schell-Kruger - 1991, cit. de Janke şi Wolfgramm - 1996).

4. Implicaţii farmacologice

Beta-blocantele ce pot să combată excesul de catecolamine (Antal şi colab.) pot fi utile chiar trăgătorilor (de tir) deoarece nu scad precizia (performanţa); dispare tremonul datorat catecolaminelor. În studiul anterior menţionat s-a utilizat Metoprolol; actualmente beta-blocantele selective sunt cu atât mai eficiente.

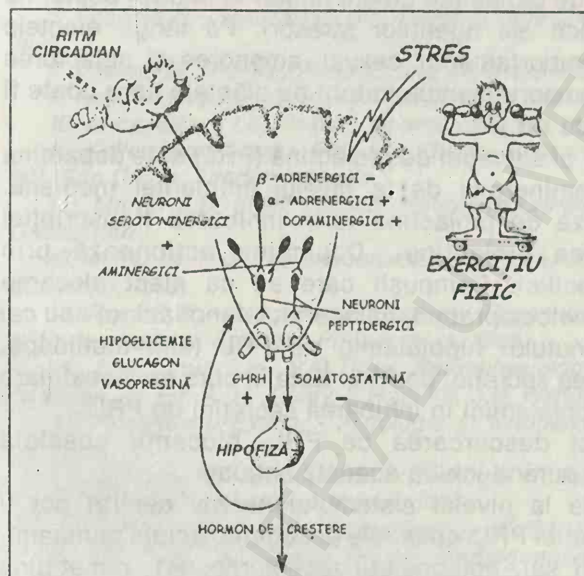


Figura 7. Reglarea secreţiei de GH este legată în special de factorul eliberator de GH (GRF) şi somatostatina hipotalamică. Influenţe adrenergice, dopaminergice şi serotoninergice exercitate de sistemul nervos central modulează secreţia hipotalamică de GRF şi SRIF, care determină secreţia de GH în hipofiza anterioară (după Reichlin S., In Williams, R.H. (ed.). Textbook of Endocrinology, 6th ed. Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1981)

4. Hormonul de creştere (GH)

Secreţia GH este reglată prin interacţiunea complexă a influenţelor nervoase şi endocrine, atât stimulatoare cât şi inhibitoare. Acest control este realizat prin acţiunea a cel puţin doi hormoni: **GRF (hormon eliberator al GH)** şi **somatostatina**, hormoni sintetizaţi şi descărcaţi din neuronii hipotalamici. Există, în plus, dovezi că monoaminele, în principal dopamina, noradrenalina şi serotonina acţionează prin modularea eliberării acestor hormoni hipotalamici cu tropism hipofizar.

GRF stimulează atât sinteza cât şi eliberarea GH la nivelul celulelor somatotrope ale hipofizei anterioare, în timp de somatostatina inhibă numai descărcarea de GH de la acest nivel.

În condiţii bazale GH este secretat ritmic, cantitatea de hormon fiind mai mare în primele ore ale nopţii. Vârsta constituie un determinant major al secreţiei de GH: secreţia de GH scade cu înaintarea în vârstă (Finkelstein şi colab.).

Pacienţii cu depresie (uni- sau bipolară) secretă o cantitate de GH superioară faţă de subiecţii sănătoşi (Mendlewiez şi colab., 1985), această secreţie având loc mai mult în cursul stării de veghe decât în timpul somnului. S-a observat o creştere a nivelului secreţiei de aproximativ 6 ori în depresia unipolară şi de circa patru ori în cadrul depresiei bipolare. În acest studiu nu a putut fi constatată o relaţie între secreţia nocturnă de GH şi depresie. Un studiu anterior (Schilkrut şi colab.) a sugerat că secreţia de GH este afectată în cursul nopţii la pacienţii cu depresie, aceşti pacienţi având o secreţie nocturnă de GH diminuată (anomalia fiind pusă pe seama alterării structurii somnului - somnul cu unde lente).

5. Prolactina

În stresul psihic, secreţia de prolactină creşte numai în situaţii acute, nu şi în cele de acţiune cronică ale agenţilor stresori. Pe lângă efectele menţionate, referitoare la comportamentul sexual, amenoree şi galactoree de stres este menţionat şi comportamentul matern de alăptare care poate fi perturbat în stres (Iamandescu I.B.).

Principalul factor inhibitor al secreţiei de prolactină (PRL) este dopamina provenită din neuronii dopaminergici de la nivelul eminenţei mediane. Dopamina inhibă atât sinteza de prolactină (prin inhibarea transcripţiei ADN-ului) cât şi eliberarea prolactinei. Dopamina acţionează prin intermediul receptorilor specifici. Compuşii care au ca efect blocarea receptorilor dopaminergici (metoclopramid, haloperidol, fenotiazine) sau cei care produc depleţia conţinutului hipotalamic de PRL (alfa-metildopa, rezerpină) determină creşterea secreţiei de PRL. Este în curs de investigare şi importanţa altor factori hipotalamici în inhibarea secreţiei de PRL.

Serotonina are ca efect descărcarea de PRL, blocanţii acesteia (metisergin, ciproheptadină) putând inhiba această acţiune.

Alţi neurotransmiţători de la nivelul sistemului nervos central pot fi implicaţi în modificarea secreţiei PRL: opioidele endogene, acidul gamaaminobutiric (GABA) şi analogii săi, antagoniştii receptorilor H1, cimetidina (blocant al receptorilor H2), polipeptidul intestinal vasoactiv.

***
**

Am schiţat în capitolul de faţă o punte din datele existente despre implicarea principalilor hormoni în reacţia complexă psiho-neuro-endocrino-vegetativă şi imună constituită de însuşi stresul psihic. Am încercat să legăm datele prezentate de circumstanţele psihologice de apariţie a stresului psihic. Despre ceilalţi hormoni de stres, existând încă date contradictorii şi insuficient probate, vom încerca să publicăm într-un viitor apropiat un capitol sau chiar o monografie având coordonate cu mult mai ample.

Bibliografie selectivă

1. J.D. Baxter, L.A. Frohman. Endocrinology and Metabolism. Third Edition. Ed. Philip Feling,

2. Coculescu M. Neuroendocrinologie Clinică. Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1986.

3. Coculescu M. Endocrinologie clinică - note de curs, ed. a III-a, Ed. Medicală, 1998.

4. Croes S., Merz P. and Netter P. (1993). Cortisol reaction in success and failure condition in endogenous depressed patients and controls. Psychoneuroendocrinology, 18, 100-113.

5. De Groot L.Y., Larsen P.R., Hennemann G. The Thyroid and its diseases. Sixth Edition. 1996.

6. Dumitrache C., Ionescu B., Ranetti A., Endocrinologie, Elemente de diagnostic şi tratament, Editura Naţional, 1997.

7. Francis S. Greenspan. Basic and Clinical Endocrinology. Third Edition. Ed., 1991.

8. Greabu M., Paveliu F. Biochimie Medicală. Ed. Infomedica, Bucureşti, 1997.

9. Iamandescu I.B. Stresul psihic şi bolile interne. Ed-All, Bucureşti, 1993.

10. Iamandescu I.B. Psihologie medicală, Ed. Infomedica, 1995.

11. Kellermann (Hrsg.), Emotion: Theory, Research, and Experience, Vol. 3(S.37-60). San Diego: Academic Press. .

12. Martin J.B. et al. Clinical Neuroendocrinology, 2nd Ed. Philadelphia, F.A., DAvis, 1997.

13. Mîlcu M. Tratat de endocrinologie clinică, vol. I, Editura Academiei Române, Bucureşti, 1992.

14. Rose R.M. - Psychoendocrinology. Wilson J., Foster D., Ed.Williams Textbook of Endocrinology, Saunder, Philadelphia, 1985.

15. L.H. Smith Jr., S.O.Thier. Pathophysiology. The Biological Principles of Disease. 2nd Ed. A. H. Samiy, L.H.Smith, J.B. Wyngaarden. (Ed.) 1985.

16. Teodorescu Exarcu - Fiziologia şi fiziopatologia sistemului endocrin, 1989, 254-350.

17. Totoianu I.G. Introducere în fiziologia clinică a sistemului endocrin. Ed.S.C. "Cromatic Tipo" SRL, Târgu-Mureş, 1992.

18. Williams Textbook of Endocrinology. 8th Ed. J. D. Wilson and D. W. Foster (Ed.)

19. Von Eiff A. Stress in der Pathogenese von Funktionsstörungen und Erkrankungen. Therapiewoche, 1981, 31, 1, 9-16.

20. Von Eiff A. Zur Physiologie und Klinik des Stress. Therapiewsche, 1984, 34, 52, 7192-7196.

21. Zeană C. Viaţa Medicală, 1999, 9, p.3

***

Capitolul 7

PRINCIPII ŞI MODALITĂŢI DE ABORDARE PSIHOSOMATICĂ

A. CONCEPTUL DE ABORDARE PSIHOSOMATICĂ

Ioan Bradu Iamandescu

1. Consideraţii generale

Abordarea psihosomatică (APS) a bolnavului de către medic presupune, din start, o viziune integrativă (holistică) asupra actului medical, considerat - potrivit concepţiei psihosomatice-dintr-o dublă perspectivă: cea medicală propriu-zisă şi cea psihologică (specifică oricărei relaţii interpersonale). Această abordare globală a bolnavului presupune două obiective, conform opiniei lui van Es: centrarea demersurilor medicului pe pacient (pornind de la precizarea, împreună cu acesta, a obiectului cererii sale) şi stabilirea, împreună cu pacientul, a planului terapeutic.

APS constă în esenţă, din introducerea în cadrul examenului clinic, în special la nivelul anamnezei, a unor elemente de investigaţie asupra rolului factorilor psihici în dinamica bolii (alături de ceilalţi agenţi etiologici) dar şi dintr-o considerare atentă a elementelor psihologice ale dialogului cu bolnavul, unele dintre ele constituind veritabile premise sau chiar modalităţi de debut ale psihoterapiei de susţinere.

Dacă într-o relaţie de tip client-mecanic de maşină, elementele psihologice născute inerent în cursul comunicării dintre cei doi, nu au cum să se repercuteze în nici un fel asupra defecţiunilor maşinii (cel mult, sub aspectul seriozităţii cu care mecanicul va efectua reparaţia) - în cadrul relaţiei medic-pacient elementele psihologice pot influenţa covârşitor reacţia organismului, inclusiv răspunsul terapeutic. În plus, abordarea psihosomatică (APS) presupune, în primul rând, o adevărată "prejudecată" din partea medicului de a căuta, în contextul plurifactorial al principalelor boli ale epocii contemporane, participarea complexă (factor predispozant sau trigger) a stimulilor psihici, cel mai adesea sub forma stresului psihic.

Deşi nu este atât de utilă ca în cadrul bolnavilor psihosomatici şi mai ales psihosomatici, abordarea psihosomatică de către medicii psihiatri este mai frecvent întâlnită datorită pregătirii şi practicii acestora în direcţia unei

abordări psihologice a bolnavilor psihici pe care îi au în sarcină profesională. În schimb, tulburările psihosomatice ale acestor bolnavi pot ridica problema unui substrat lezional, când ele nu apar coerent legate şi justificate de simptomele psihice care domină scena clinică.

Pentru medicii somaticieni, nepsihiatri, APS constituie adesea un element acceptat formal şi utilizat într-un mod accidental sau cu totul insuficient, fapt ce "se răzbună" ulterior sub forma unui diagnostic incomplet (cu omiterea trigger-ului psihogen) dar mai ales a unei rezistenţe terapeutice, chiar atunci când s-au prescris medicamente adecvate simptomatologiei prezentate de bolnav.

Un lucru este sigur, **APS trebuie să devină un modus operandi, intrat în conştiinţa profesională a oricărui medic, atât din raţiuni pragmatice (optimizarea actului medical) cât şi din respect pentru omul bolnav al cărui confort psihic trebuie asigurat prin toate mijloacele posibile dar şi accesibile medicului care îl îngrijeşte.**

În cele ce urmează vom încerca să prezentăm o linie generală a APS a bolnavilor somatici, valabilă în special pentru bolnavii cronici, deoarece în bolile acute APS rămâne doar un cadru general, limitat la primele segmente (evaluare psihologică rapidă-"tehnica flash" de care vorbesc Luban Plozza şi colab. 1996).

În urgenţele medicale şi chirurgicale APS se rezumă doar la un anume tip de atitudine din partea medicului, cel mai adesea legată de siguranţa profesională şi optimism, cu o tentă de compasiune "reglată" conform severităţii simptomelor şi cerinţelor extreme de ajutor din partea bolnavului. Pe măsură ce boala regresează, totuşi problemele psihologice ale bolnavului se înmulţesc-legate de perspectivele vindecării sau cronicizării dar mai ales de acele mai vechi conflicte sau frustrări, care, o dată depăşită primejdia reprezentată de boală, revin cu brutalitate în conştiinţa bolnavului.

Acestea, doar câteva modalităţi de prezentare a bolnavului în faţa medicului - la care se adaugă şi diferenţele dintre locul şi momentul îndeplinirii actului medical (la domiciliu bolnavului, la locul accidentului, în spital salon sau camera de gardă) sau în cabinetul medicului - justifică intenţia noastră de a prezenta un set de minime conduite de APS ale medicului în cadrul efectuării actului medical, ele putând constitui doar un model, cu variabile aplicaţii şi mai ales completări, potrivit ecuaţiei sale terapeutice şi condiţiilor concrete în care are loc dialogul cu bolnavul.

În continuarea capitolului vor fi detaliate elemente specifice anamnezei bolnavilor adulţi sau copiilor ca şi o serie de elemente - distincte de alte specialităţi medicale - ale comunicării dintre medicul de familie şi pacienţii săi, aflaţi într-un grup cu caracteristici înrudite, nu numai genetic ci şi din punct de vedere al relaţiilor de comunicare, adesea însă-distorsionate sau orientate spre veritabile conflicte.

2. Elemente de bază ale APS

O punere la punct asupra APS a bolnavilor a fost realizată în 1996 de către Luban Plozza, Laederach-Hofmann, Knaak şi Dickhaut, în lucrarea

"Der Artz als Arznei" ("Medicul ca medicament"), ca şi în noua versiune a Medicinii Psihosociale realizată de Buddeberg şi Willi în 1998. Încercând o reorganizare şi o schematizare a datelor expuse în aceste lucrări, filtrate prin experienţa personală, ca şi prin datele altor autori psihosomaticieni (Stocksmeier, Petzold, etc.), am conceput următoarea strategie de APS aplicabilă tuturor bolnavilor examinaţi dar valabilă în special pentru bolnavii cronici cu afecţiuni patologice psihosomatice ca şi pentru pacienţii cu probleme de ordin psihologic care se consideră bolnavi şi aşteaptă vindecarea unor tulburări somatice "sine materia".

a) Evaluarea psihologică a bolnavului "la prima vedere" (prima impresie) - reprezintă desigur, un atribut cu valoare maximă pentru un medic somatician experimentat, cu calităţi relaţionale deosebite, amplificate printr-o cultură psihologică sau cel puţin psihiatrică, deosebită.

Se au în vedere:

- stabilirea contactului vizual cu bolnavul, inclusiv considerarea limbajului, mimică, gesturi, inflexiunile vocii (comunicarea non verbală).
- faptul că este marcat sau nu la exterior de boală (dispnee, înţepenit de durere, etc.)
- evaluarea stării emoţionale a acestuia ("blocat" sau euforic dar mascând anxietatea, teatral, agresiv, disimulant, etc.)
- trăsăturile dominante de personalitate obiectivate în comportament: anxioşii, timizii, impulsivii, agresivii, flegmaticii, depresivii-aceştia pot avea un sindrom depresiv pasager, introvertiţii, etc.

Pentru medic au o mare importanţă cel puţin 5 categorii de bolnavi (Luban Plozza şi colab. 1996): dependenţii, inhibaţii (timizii), agresivii, apaticii şi psihastenicii (hiperscrupuloşi). Pentru fiecare din aceste categorii se poate adopta un anume tip de comportament "de întâmpinare" şi de relaţionare ulterioară.

- modul de prezentare a simptomelor, impregnat de emoţie (de ex. teatral, dramatizant la isterici sau, abătut, descurajat la depresivi) şi eventual disproporţionat faţă de severitatea tulburării (la nevrotici în general).

b) Evaluarea caracterului funcţional sau organic al acuzelor bolnavului

Chiar dacă adesea, se poate face la prima vedere, această evaluare implică responsabilitatea unui act medical complet efectuat (ex.obiectiv, investigaţii) la cea mai mică îndoială asupra naturii funcţionale a simptomelor bolnavului (v. cazul unor boli grave al căror stres secundar generează simptome funcţionale ce maschează severitatea şi, mai ales, perspectivele evolutive ale acestor boli).

Natura tulburărilor funcţionale se poate sistematiza astfel:

❑ Tulburări funcţionale apărute **în cadrul unui stres psihic acut** sau cronic (acesta din urmă acompaniat de excese-fumat, alcool, cafea, medicamente tranchilizante sau antialgice - ce pot, prin ele însele, induce tulburări funcţionale.

❑ Tulburări funcţionale **somato-psihice** (deci tulburări psihice de cauză somatică) secundare unei boli ale cărei acuze subiective sau obiective sunt ignorate (ex.apneea pasageră nocturnă la bolnavii cu rinită şi urmată în cursul zilei de somnolenţă şi tulburări de concentrare a atenţiei şi de memorie, prezentate de bolnav ca acuze de bază ale consultaţiei solicitate).

❑ Tulburări funcţionale **coexistând cu tulburări organice ale bolii de bază** şi apărute datorită stresului psihic secundar, produs de acesta din urmă (de ex. în cadrul apariţiei şi conştientizării de către bolnav a unei HTA)

c) Analiza sistematizată a psihologiei bolnavului

Cunoaşterea situaţiei socio-familiale a bolnavului ca şi a aspiraţiilor sale intime (atenţie la nevoile sale psihologice de "primă urgenţă" şi pe termen lung.

Tabel 1 Abordarea bolnavului prin prisma concepţiei psihosomatice

1. Conduita de întâmplare anti-stres
- climat relaxare (înlăturarea factorilor perturbatori)
- asigurări (încurajări): verbale, non-verbale
- anamneză liberă, ulterior centrată pe simptome relevante

2. Este un pacient stresat?
- acut - stresul reprezintă chiar cauza consultaţiei (consult „la cald“, centrat pe liniştirea pacientului)
- cronic - simptomele acuzate sunt expresia unui stres psihic cronic (consult obişnuit, consult „la rece“)

3. Evaluarea psihologică a bolnavului

A. Nivel intelectual şi statut socio-economic**

B. Trăsături de personalitate afective dominante*: labil, anxios, depresiv/hipomaniacal, optimist-pesimist

C. Comportament/atitudini*

a) Faţă de doctor: cooperant ± permeabil (la argumentele medicului)
b) Faţă de profesie: tip A sau B
c) Tip relaţional: rigid/flexibil, obsesional, histrionic, schizoid

***A, B, C** = pe parcursul anamnezei

D. Schiţă biografică + viaţă intimă**

1. comportament/atitudini:
- copilărie: fericită, obişnuită, traume marcante
- evenimente majore („life changes“)
- eşecuri în viaţa intimă (sentimentală, sexuală)
- internări (consulturi) pentru boli psihice

2. Nivel de aspiraţii şi de posibilităţi (+ raportul între ele)

3. Sunt satisfăcute cele 3 nevoi psihologice (Linton) (afiliere, securitate pe termen lung, noutate)?

4. Domină motivele biologice sau sociale?
5. Viaţa sexuală (inclusiv calitatea ei).

E. Factori de risc psihocomportamentali:** fumat, alcool, sedentarism, supraalimentaţie, droguri
**D+E = la sfârşitul anamnezei

4. Context existenţial stresant

1. Actual: relevat direct de pacient sau desprins din reculul inserţiei familiale şi profesionale stabilitate, conflicte
2. Antecedente (în ultimele 6 luni) sau momente relevante legate de îmbolnăviri
3. Ierarhizarea intervenţiei factorului psihic în declanşarea manifestărilor clinice subiective şi obiective:
- exclusivă: - aparentă (locus minoris resistentiae) = forme psihogene
  - frecvenţa în antecedente?
- alternativ cu ceilalţi factori specifici bolii
- sumativ (cel mai des).
4. Ponderea participării stresului psihic: minimă, moderată, importantă.

5. Rolul psihoterapiei + apelul la psiholog
- pentru problemele psihologice ale bolnavului
- pentru modificarea comportamentelor subiective, nocive pentru sănătate
- programe antistres
- terapii de relaxare

d) Relaţionarea simptomatologiei (sau a unei părţi din simptome) cu stresul psihic şi ierarhizarea intervenţiei acestuia în contextul plurietiologic al bolii

În legătură cu **apariţia unor simptome ale BPS datorită stresului psihic** s-au prezentat criteriile de stabilire a etiologiei psihice (vezi Iamandescu 1993).

Referitor la **tulburările funcţionale "sine materia"** se pot avea în vedere următoarele criterii de stabilire a etiologiei psihice a unor simptome (modificat după Luban Plozza şi colab.1996):

- autoobservaţiile pacientului sau observaţiile medicului privind concordanţa dintre apariţia simptomelor şi evenimentele stresante (vezi metoda cronologică a lui Kourilsky);
- caracterul fluctuant al simptomelor;
- discrepanţa dintre severitatea simptomelor şi acuzele bolnavului;
- rezonanţa psihică accentuată (adesea extrem de "zgomotoasă") a simptomelor acuzate;
- diagnosticul "ex non juvantibus" (lipsa efectelor terapeutice ale medicaţiei somatice simptomatice);
- efectul favorabil al psihotropelor (inconştient) şi psihoterapiei.

e) Iniţierea unor elemente de psihoterapie de susţinere

Se poate vorbi mai degrabă, de un "ajutor psihologic" (Huber) pe care medicul îl acordă bolnavului pe tot parcursul dialogului său cu bolnavul şi care este concretizat prin atitudinea sa plină de înţelegere şi de încurajare a bolnavului, inclusiv prin următoarele elemente:

- **formula "urechi mari şi limbă scurtă"** (conform principiilor psihanalizei)
- **întrebări deschise sau sugestive** de tipul "ce vă face să aveţi o viaţă grea ?", "ce vă deranjează ?" - pentru situaţii conflictuale, "ce vă lipseşte ?" - pentru carenţe afective, pierderi.
- **explicaţii** referitoare la cauzele bolii, obiectivele tratamentului, evoluţia bolii, mecanismul de acţiune al medicamentelor şi posibilitatea apariţiei unor efecte secundare, modalităţile de înlăturare sau prevenire a unor factori cauzali sau triggeri şi, mai ales, natura modului de viaţă pe care trebuie să îl adopte bolnavul.

Cea mai importantă contribuţie de ordin psihoterapeutic a medicului somatician în cadrul relaţiei sale cu pacientul este instituirea şi promovarea aşa-numitului "parteneriat pentru sănătate" bazat pe drepturile pacientului: dreptul la informarea totală asupra bolii sale şi dreptul asupra propriilor sale decizii (de aderare totală sau parţială ori de refuz la tratamentul prescris de către medic)(Edith Rameckers).

Dincolo de aceste două elemente componente ale psihoterapiei simple de susţinere, medicul somatician trebuie să aibă în vedere şi **apelul la psiholog** în cadrul echipei de îngrijire a bolnavilor psihosomatici iar în ceea ce priveşte **relaţia sa cu psihiatrul** ea poate să înceapă, fie înainte de consultul psihologic-în cazul unei simptomatologii psihiatrice patente-, fie după ce însuşi psihologul a decelat tulburări psihice care ţin de resortul asistenţei psihiatrice (de ex. depresia atipică).

În paragraful anterior figurează o serie de propuneri personale privind situaţiile care impun participarea activă a psihologului în cadrul echipei de îngrijire a bolnavilor somatici.

3. Indicaţii şi oportunităţi pentru participarea psihologului în cadrul echipei medicale de îngrijire a bolnavilor cu patologie somatică şi psihosomatică

În afara participării, deja consacrate-alături de medicii psihiatri-în tratamentul bolilor psihice, psihologii pot dobândi o importantă poziţie în cadrul echipei terapeutice din domeniul asistenţei medicale a bolnavilor somatici (în special chirurgicali sau cu o patologie fortuită: boli infecţioase, arsuri, etc.) şi, mai ales psihosomatici (cu boli de maximă frecvenţă şi implicaţii în mortalitate: boala coronariană şi/sau hipertensivă, diabetul zaharat, obezitatea, etc.).

Într-o succintă tentativă de circumscriere a indicaţiilor şi mai ales, a oportunităţilor (adesea sugerate de către medicul curant) pentru solicitarea

ajutorului psihologului, alături de medic şi ceilalţi membrii ai echipei terapeutice, considerăm următoarele:

1. Tulburările psihosomatice încă reversibile dar frecvent prezente la pacienţii aflaţi sub efectele unui stres cronic.
2. Bolile psihosomatice, mai ales în afara puseelor, în care se încearcă modificarea unor comportamente nocive pentru sănătate (tipurile comportamentale A sau C, fumatul, sedentarismul, consumul de alcool în exces, supraalimentaţia, etc.).
3. Bolnavii cronici cu disconfort important psihic şi somatic şi/sau cu perspectiva agravării inexorabile, cu sau fără depresie secundară.
4. Bolnavii somatici cu probleme psihologice "stabile" sau conjuncturale, sesizabile chiar de către medicul curant.
5. Bolnavii chirurgicali cu probleme psihologice deosebite, implicate în anxietatea şi/sau depresia anterioare actului operator sau în etapa postoperatorie de refacere şi recuperare.
6. Bolnavii somatici având asociate tulburări psihice nesistematizate sau încadrabile nosografic în sindroame psihiatrice (acestea din urmă în colaborare cu psihiatrii care pot prelua cazul pentru un tratament axat prioritar pe psihotrope).
7. Instituirea-în cadrul programului de reabilitare-a unor forme de psihoterapie cu rol relaxant şi de a creşte rezistenţa bolnavului somatic faţă de stresul psihic (training autogen Schultz, antrenamentul psihosomatic Luban-Plozza) sau de modificare a unor comportamente cu rol de factori de risc.
8. Extinderea psihoterapiei asupra familiei bolnavului.
9. Atragerea în terapia de grup a unor bolnavi cu aceleaşi boli, inclusiv aceleaşi probleme legate de bolile respective, cu încurajarea împărtăşirii experienţei lor emoţionale colegilor de suferinţă (vezi "cluburile de reumatici"-Stocksmeier).
10. Formarea unor centre pilot de asistenţă psihologică în echipă (mai mulţi psihologi fiecare aplicând o anume metodă psihoterapeutică)(Mihaela Minulescu), a bolnavilor psihosomatici, cu diminuarea corespunzătoare a nevoii de medicamente a acestora.

Bibliografie:

1. *Buddenberg C., Willi J. Psychosoziale Medizin. Springer Berlin, Heidelberg, 1998.*
2. *Huber W. Psihoterapiile. Terapia potrivită fiecărui pacient. Ştiinţă şi tehnică, Bucureşti, 1997.*
3. *Iamandescu I.B. Psihologie medicală, ed. II, Ed. Infomedica, Bucureşti 1997.*
4. *Kourilsky R. Les mechanismes psychophysiologiques dans l'asthme. Bordeaux médical, 1969, 1120-1126.*
5. *Luban Plozza B., Laederach-Hoffmann K., Knaak L., Dickhaut H. H. Der Artz als Arznei, Deutche Artze Verlag, Köln, 1996.*
6. *Rameckers Edith. Patient emprovement - a threat or a help?. EFA-Symposium at ICACI 94 Conference. Stockholm. June, 29th 1994.*
7. *Van Es J. C. Medicul de familie şi pacientul său. Libra, Bucureşti, 1997.*

***

B. ALGORITM DE ABORDARE A BOLNAVILOR PSIHOSOMATICI

Ovidiu Popa-Velea

Practica medicală demonstrează adesea nu numai clasicul adagio "nu există boli, ci bolnavi", ci şi o îngrijorătoare deficienţă în "abordarea psihosomatică" a unor cazuri cu etiopatogenie multiplă, intricată.

Între cauzele de care depinde un parametru esenţial al relaţiei inter-personale medic-pacient (nivelul complianţei), - calitatea comunicării rămâne un factor constant şi mai ales controlabil de către medic.

Factori ce produc scăderea complianţei terapeutice (Iamandescu, 1995)

- *Nivelul scăzut al disconfortului produs de boală*
- *Tendinţa unor bolnavi de a nega boala*
- *Complexitatea excesivă a regimului terapeutic*
- *Tratamentul este perceput ca stânjenitor sau umilitor*
- *Factori externi (exigenţele profesiei, presiunile anturajului) ce vin în contradicţie cu desfăşurarea terapiei*
- *Evaziunea în cadrul bolii (pacientul beneficiază de avantaje de pe urma stării de boală)*
- *Efecte adverse ale medicaţiei*
- ***O comunicare deficitară medic-pacient***

Momentul de început, cel anamnestic, are de regulă o importanţă particulară în economia desfăşurării relaţiei terapeutice. În cele ce urmează dorim a încerca creionarea - în linii mari - a unor paşi obligatorii de făcut, paşi de natură a optimiza atât eficienţa actului medical, cât şi calitatea relaţiei medic-pacient.

Interviul clinic (discuţia iniţială cu pacientul) implică asocierea unor multiple elemente cu vocaţie comunicaţională, împletirea unor aspecte ce ţin de centrarea pe pacient (şi simptomele acestuia), cu altele ce ţin de medic (în special în partea finală a consultaţiei, când medicul preia de regulă poziţia dominantă, conduce interviul, explică, recomandă).

1. CADRUL AMBIENTAL, INIŢIEREA COMUNICĂRII **PASUL 1**

În special la prima întâlnire medic-pacient, atmosfera, locul consultaţiei pot juca un rol determinant. Ele pot permite

afirmarea identităţii celor doi (prevenind confuzia, amestecul rolurilor) şi pot pune bazele unei relaţii de lungă durată. Pentru crearea unei stări de confort şi relaxare se pot utiliza tehnici verbale şi non-verbale, precum formule ca "bun venit în clinica noastră", etc., dublate de o strângere de mână sinceră, cordială (nu traumatizantă, sau, din contră nesigură, ezitantă). Gesturile de deschidere, atitudinea prietenoasă sinceră (nu contrafăcută, "profesională") favorizează comunicarea. Desfăşurarea consultaţiei trebuie să nu se facă sub semnul improvizaţiei: pe culoar, în lift, gata de urcarea în maşină, etc.	**1. Formule de întâmpinare**
Cabinetul medical, loc predestinat acestei întâlniri iniţiale, joacă un rol suplimentar în clarificarea iniţială de roluri. Medicul trebuie să-şi asume identitatea, evitând extremele: nu se recomandă ca fiind "asistent dr. X, doctor în medicină", dar nici ca fiind un oarecare "X", cea mai rezonabilă soluţie fiind utilizarea simplă a titulaturii de "doctor" ("Sunt dr. X"), iar pentru studenţii la medicină, formule de genul "sunt stud. Y, şi fac parte din echipa care va avea grijă de dvs., pe parcursul şederii la noi". Folosirea numelui pacientului este recomandabilă la întâlnirea iniţială, putându-se trece la folosirea prenumelui atunci când relaţia s-a mai consolidat sau când pacientul solicită explicit acest lucru. Dacă pacientul are un nume greu de pronunţat, medicul poate întreba care este pronunţia corectă. În general, pentru folosirea unui anumit apelativ (în special a prenumelui) se cere consimţământul pacientului.	**2. Formule de adresare**
A ţine seama de sentimentele pacientului presupune şi ca desfăşurarea consultaţiei să se desfăşoare într-un moment convenabil pentru pacient (după ce rudele sale au plecat, după ce a luat masa, după somnul de după-amiază, sau în general, atunci când un simptom neplăcut (ex. greaţa) este pe moment absent). Desigur, această regulă nu se aplică în situaţiile de urgenţă, sau atunci când simptomul este presant, pacientul (anxios) doreşte întâlnirea imediată cu un medic, etc. Respectarea intimităţii se concretizează şi în excluderea "musafirilor nepoftiţi" (a unui alt pacient, sau a unei asistente curioase, etc.).	**3. Asigurarea intimităţii şi confortului pacientului**
În cabinet, medicul nu trebuie să abuzeze de factori de natură a-i creşte artificial (până la ridicol) prestigiul: abundenţă de diplome, telefonul care sună neîncetat, scaunul rotativ (cu mai multe grade de libertate decât cel al pacientului, etc.). Fără a se autodeprecia, şi mergând pe principiul "există o măsură în toate", medicul poate doza, cu bun gust, elementele care ţin de decor.	**4. Înlăturarea barierelor de comunicare**

De altfel, o bună parte din pacienţi vin la medic deja pregătiţi pentru a-i urma indicaţiile ("sugestie de prestigiu"), astfel încât nu este necesară plusarea cu elemente nelalocul lor. O precauţie importantă se impune în cazul cabinetelor de psihoterapie (psihanaliză), în care cadrul, deşi prietenos, este necesar a fi oarecum auster, pentru a nu influenţa în chip determinant ideaţia pacientului, planşele (eventual conţinând teste psihologice) nu sunt la vedere (pot compromite evaluarea ulterioară), plasarea mobilierului se face ca pentru o şedinţă de lucru (cei doi, medicul şi pacientul colaborează, sunt aliaţi, în rezolvarea unei probleme, care "se întâmplă să fie cea a pacientului"). În şedinţele de psihoterapie de grup, cea mai eficientă grupare a pacienţilor se face în aşa fel încât să nu se evidenţieze în mod necesar un lider (în nici un caz terapeutul). Acesta rămâne simplu membru al grupului, şi în procesul psihoterapeutic intervine doar atunci când este neapărat necesar. Asigurarea confortului pacientului, dincolo de aspectele de ambient, implică şi intrarea într-o manieră delicată, plină de tact - în miezul problemei, întreţinerea unei conversaţii "uşoare", până ce pacientul este pregătit să se confeseze.	**5. Delimitarea rolurilor**
2. AGENDA DE PROBLEME Odată clarificate rolurile celor doi, este utilă stabilirea unei liste de obiective, şi un timp alocat acestora. Aceasta previne atât explicaţiile nerealiste (din ambele părţi), dar contribuie şi la conturarea unui grafic eficient de acţiuni comune. În principal, în această etapă medicul aduce la cunoştinţa pacientului timpul de care dispune, îl pune la curent cu modalitatea de lucru, obţine o enumerare a problemelor ce vor fi discutate cu pacientul, rezumă şi chiar negociază unele aspecte de detaliu (ex. unele probleme pot fi, într-o primă instanţă, amânate). Această etapă nu este atât de uşor de îndeplinit, pe cât pare la prima vedere. Uneori din grabă, alteori din dorinţa de a părea veşnic disponibil pentru pacient, poate fi neglijată clarificarea agendei de lucru, şi aceasta induce anumite blocaje ulterioare (de ex., pacientul nu înţelege de ce i se pun anumite întrebări, sau de ce anumite probleme, pe care el le consideră presante, nu fac obiectul interesului medicului). De aceea, este util a afla în primul rând <u>ce este important pentru pacient</u>, chiar dacă lucrul respectiv poate să nu fie, în mod necesar şi o problemă demnă de atenţie pentru medic. În această etapă, medicul nu intră în detalii nesemnificative. El doar clarifică problemele, le enunţă pacientului, îl asigură că va reveni în detaliu asupra lor.	**PASUL 2** **1. precizarea duratei interviului** **2. precizarea modalităţii de lucru** **3. clarificarea listei de probleme ale pacientului**

De la această regulă face excepţie notabilă situaţia în care o anumită problemă (simptom) are o semnificativă încărcătură emoţională. În acest caz, descărcarea emoţională a pacientului este mai importantă decât respectarea "ad litteram" (rigidă) a algoritmului, şi este permisă intrarea în anumite amănunte, relevante pentru pacient, legate de simptom.

În ansamblu, pasul 2 permite, dincolo de negocierea modalităţii de lucru şi clarificarea primară a problemelor, iniţierea unei veritabile relaţii de parteneriat între medic şi pacient.

3. INTERVIUL PROPRIU-ZIS

A) necentrat pe problemă, "deschis"

În preambulul interviului propriu-zis, se preferă întrebările "deschise" (care îl provoacă pe pacient să se exprime liber), şi nu neapărat legate de problema nr. 1 a sa. Se preferă încurajările non-verbale (persistenţa contactului ocular, ecoul postural, gesturi de evaluare-decizie şi interes), pentru a îl stimula pe pacient să continue, dar se pot folosi şi mesaje verbale de tipul rezumării într-o frază concisă a spuselor pacientului (aceasta îi permite celui aflat în suferinţă a avea un adevărat feed-back al mesajului receptat (şi eventual înţeles) de medic, clarificărilor ("ce vreţi să spuneţi?"), ecoului (se repetă, în altă formă, afirmaţiile pacientului), încurajărilor mărunte ("Interesant", "Continuaţi").

În această etapă, chiar dacă medicul adoptă o atitudine relativ pasivă, există o serie întreagă de elemente, care ţin de pacient, ce pot furniza informaţii utile: elemente ce ţin de facies, habitus, culoarea pielii şi părului, diformităţi, temperatură (de ex., la simpla strângere a mâinii), mobilitatea pupilară (crescută, cu tendinţă la midriază - la un pacient excitat emoţional), accesorii (ochelari, machiaj, vestimentaţie, bijuterii), modul de organizare a ambientului (la un bolnav internat), etc.

B) focalizat

Se iau în discuţie problemele principale de sănătate ale bolnavului, preferându-se folosirea de întrebări "închise", mult mai precis direcţionate, în cadrul unei atitudini generale a medicului mai participativă.

Această etapă implică mai multe subetape:

- obţinerea unei descrieri din partea pacientului a simptomelor principale (continuă etapa 3A);
- plasarea simptomelor în contextul mai larg al bolii pacientului (Adesea neglijată, această subetapă poate facilita înţelegerea bolii de către medic, chiar dacă în aparenţă are mai puţină valoare diagnostică. Se investighează inclusiv aspecte legate de dinamica relaţiilor familiale/profesionale, funcţie de boală, prezenţa/evoluţia diverşilor factori psihocomportamentali de risc (fumat, alcool), cu implicaţii ulterioare în evoluţia bolii, etc.);

4. finalizarea agendei de lucru; negocierea unor aspecte de detaliu sau de prioritate

PASUL 3

1. Interviu deschis:
- *relaxarea pacientului;*
- *descrierea simptomelor de către pacient (liber);*
- *± descărcarea emoţională a pacientului*

2. Interviu focalizat:
- *descriere suplimentară simptome (controlată);*
- *plasarea lor în contextul general al bolii;*
- *testarea implicării emoţionale a pacientului*

- testarea implicării emoţionale a pacientului (dacă nu a apărut ca fiind deja evidentă în etapa 2): se face într-o manieră indirectă sau directă, funcţie de disponibilităţile de expresie ale acestuia (de ex. se poate folosi "autodezvăluirea" ("şi medicul a trăit cândva o situaţie similară") sau din contră, o întrebare directă, chiar provocatoare ("cum vă simţiţi în legătură cu asta (acest simptom) ?".

Odată expresia emoţională a pacientului verbalizată (măcar în parte), este necesar ca medicul să respecte câteva reguli, denumite sugestiv de Robert C. Smith (1996) - **NURS** (**N**aming **U**nderstanding, **R**especting, **S**upporting). Aceasta ar însemna, în ordine: a) recunoaşterea emoţiei şi precizarea numelui ei; b) străduinţa medicului de a arăta pacientului faptul că o înţelege; c) că o respectă; d) că este disponibil de a acorda ajutorul, în orice formă posibilă.

Fragment de interviu desfăşurat, respectând NURS la o pacientă la care simptomele (durerile de cap) sunt asociate cu relaţii deteriorate cu şeful ierarhic (după R. C. Smith, 1996):

(...)Dr.: Povestiţi-mi despre şeful dvs. **(medicul încurajează pacienta în direcţia discutării unei probleme personale aparent importante)**

P: Ei bine, a lipsit pentru mai mult timp şi eu l-am înlocuit în aproape toate sarcinile de serviciu. A rămas şef doar cu numele. Se plânge de toată lumea. Nimeni nu îl place, şi nici nu face mare lucru. De asta m-au şi adus acolo, Consiliul de Administraţie, ca să redresez cumva situaţia. Durerile de cap au început chiar atunci. **(Evident, pacienta pune în legătură simptomele cu situaţia sa profesională; în plus, oferă liber anumite informaţii suplimentare, ce-l vor ajuta pe medic să înţeleagă mai bine această legătură).**

Dr.: Staţi puţin! Spuneţi că este în funcţie, dar de fapt dumneavoastră conduceţi? **(Medicul rezumă, din dorinţa de a reconcentra atenţia pacientei asupra situaţiei, şi nu asupra simptomelor, ce au fost deja descrise într-un timp anterior).**

P: Întocmai. Cine ştie cât va dura asta... Numai de-aş rezista! **(Pacienta revine la tonul personal, permiţând precizarea unor nuanţe foarte utile pentru medic).**

Dr.: Să rezistaţi? **(Ecou care va menţine discuţia în aceeaşi arie, provocând-o pe pacientă să continue).**

P: Nu ştiu cât voi putea să mai suport. Spuneau că n-o să am nici o problemă cu el, şi că o să fie cooperant. De fapt, la început l-am plăcut, dar mai apoi...

Dr.: "Spuneau"? Cine spuneau? **(Întreruperea are menirea de a clarifica spusele pacientei)**

P: Consiliul, el conduce de fapt compania. Poziţia mea nu e mare lucru, dar la vârsta mea funcţia care mi s-a oferit reprezintă o şansă bună de a mai acumula experienţă, şi

de a lucra într-o firmă de prestigiu. **(Pacienta furnizează o altă sumă de date ce pot ajuta la înţelegerea mai bună a contextului).**

Dr.: Se pare, Consiliul v-a spus ceva la început, şi mai apoi v-a lăsat singură cu problema pe cap. **(Medicul rezumă spusele pacientei, pregătindu-se să treacă la etapa următoare).**

P: Da, destul de urât din partea lor, nu-i aşa?

Dr.: Cum vă simţiţi în legătură cu asta? **(Testare directă a implicării emoţionale).**

P: Oh, nu ştiu. Eu am probleme cu capul.

Dr.: Bine, dar cum vă simţiţi personal, afectiv, emoţional? **(Retestare directă, monitorizând permanent reacţia pacientei).**

P: Oh, nu mă deranjează prea mult. Am fost învăţată să întorc şi celălalt obraz.

Dr.: Ştiţi, un fost şef de-al meu obişnuia să se poarte cam în acelaşi fel cu mine. Mi-a trebuit ceva timp să-mi dau seama cât de tare mă deranja de fapt comportamentul lui **(Schimbare de strategie, cu "autodezvăluire"; pentru a fi eficientă, trebuie să fie scurtă şi precisă).**

- rezumat preliminar

P: Ei bine, cred că şi eu sunt cam în aceeaşi situaţie.

Dr.: Ce simţiţi?

P: Îmi vine să arunc cu ceva în el. Mă înfurie atât de tare! Nu i-am făcut nimic rău. Muncesc cu adevărat mult, iar lucrurile au început să meargă mai bine, de când sunt acolo. Atunci când mă înfurii, apar şi durerile de cap. Uneori am şi greaţă, şi mi se pune o ceaţă pe ochi. **(Pacienta face acum o legătură mai precisă între durerile de cap, situaţia stresantă şi o anume stare emoţională).**

PASUL 4

Dr.: Deci în principal simţiţi furie. **(Naming).**

P: Da, mă înfurii cu adevărat. Uneori mă enervez atât de tare, că-mi vine să urlu. **(Strânge pumnii).**

Dr.: E normal. Se pare că aţi încercat atât de mult să ajutaţi, şi aveţi parte doar de necazuri. E de apreciat că puteţi vorbi atât de deschis despre aceste lucruri. **(Understanding, Respecting).**

P: Şi acum, când vorbesc despre toate astea, simt că mă înfurii. Parcă mă doare deja capul. **(Încă o dată apare evidentă relaţia de cauzalitate, chiar condiţionare, între situaţie şi simptom).**

Dr.: Pot să-mi imaginez. Aţi trecut prin multe în ultima vreme. **(Understanding, Respecting).**

P: Ştiţi, de fapt sunt mai supărată pe nenorocitul acela de Consiliu, decât pe el. Nu mi-au spus nimic despre asta, din contră, mi-au spus că totul e în regulă. **(Ca urmare a tehnicii adecvate de interviu, pacienta prezintă acum din proprie iniţiativă elemente cu valoare emoţională care întregesc tabloul iniţial). (...)**

De cele mai multe ori, exprimarea de către medic, în plan comportamental, a celor 4 reguli NURS se face selectiv, neintruziv, în caz contrar putându-se contura în mintea pacientului ideea de manipulare sau de amestec în viaţa privată. Dintre greşelile cele mai frecvente, pot fi menţionate, pentru importanţa lor, tendinţa unor medici de a "sări" etapele, exprimând de ex., simpatie şi înţelegere faţă de o situaţie de viaţă pe care nici nu au ascultat-o până la capăt (!), sau a altora - de a amâna la nesfârşit atingerea aspectelor emoţionale, motivând aceasta prin faptul că nu au calităţile necesare, pentru desfăşurarea într-o manieră mai personală, mai apropiată de bolnav, a interviului.

Realitatea este că aceste calităţi, dacă există, se pot dezvolta numai prin antrenament, şi prin observarea beneficiului pentru pacient, a descărcării sale emoţionale. Nu în ultimul rând, investigarea statusului emoţional al pacientului, legat de boala sa, constituie o etapă preliminară obligatorie în instituirea oricărei forme de psihoterapie (pe termen scurt, cel mai reprezentativ caz este al psihoterapiei suportive).

Înainte de trecerea la faza anamnezei "centrată pe medic" (în care desfăşurarea interviului, distribuţia de roluri sunt mult mai bine controlate de acesta), se face un scurt rezumat preliminar al celor aflate, se verifică acurateţea datelor, se previne interlocutorul asupra schimbării de registru.

4. OBŢINEREA DE DATE PRECISE, CONCRETE ASUPRA FIECĂRUI SIMPTOM

În această fază, pornindu-se şi de la relaxarea emoţională indusă prin descărcarea unei părţi din tensiunea interioară a pacientului, se trece la analiza de detaliu, profesională, a fiecărui simptom, în ordinea de priorităţi aleasă de comun acord cu pacientul, în etapa 2. Se investighează, mai ales prin întrebări închise, o serie întreagă de simptome somatice, care, în contextul dat, se pot încadra în categoriile de tulburări/boli psihosomatice.

Tulburări fiziopatologice declanşate de stimuli psihici (după Iamandescu, 1995)

1. Respiratorii:
- blocaj nazal sau salve de strănuturi
- crize de tuse, dispnee ± wheezing (astm)
- hiperventilaţie - crize tetaniforme

2. Cardiovasculare:
- tahicardie "emoţională" ± accese de tahicardie paroxistică

- creşteri tranzitorii ale TA, ocazionate de stimuli psihici
- hipotensiune arterială ± stări lipotimice
- crize anginoase
- tulburări de ritm (extrasistole supraventriculare şi ventriculare)
- spasme coronariene "funcţionale" (sindrom Likoff)

3. Digestive:
- cardiospasm, pilorospasm
- hipersecreţie
- tulburări de tranzit (constipaţie, diaree)
- diskinezii (esofagiene, biliare)

4. Urogenitale:
- disurie, poliurie, oligurie
- tulburări de dinamică sexuală

5. Endocrino-metabolice:
- anorexie, bulimie
- diabet zaharat (latent/manifest)
- obezitate

6. Dermatologice:
- tulburări vasomotorii (eritem, paloare)
- erupţie urticariană sau angioedem
- prurit (apariţie sau accentuare)
- flush

7. Imunologice:
- scăderea numărului de limfocite T imunocompetente (scăderea numărului şi activităţii celulelor NK)
- scăderea IgA secretor
- lazy leukocyte syndrome
- vulnerabilitate crescută la boli infecţioase şi/sau oncogeneză

Întrebările "închise", mult mai abundente acum, vizează aspecte precum: debutul simptomului (la ce dată, brusc/treptat), condiţii de apariţie/ameliorare/ agravare, caracterele simptomului (loc de apariţie, intensitate (eventual pe o scară de la 1 la 10), mobilitate, situare corporală (în suprafaţă/profunzime), senzaţie subiectivă (durere, arsură, înţepătură, etc.), durată, frecvenţă, evoluţie în timp, concomitenţa altor simptome, gradul de invaliditate/disabilitate asociate, etc.

Cei 7 descriptori ai simptomului (R. C. Smith, după Morgan W.L., Engel C. L., 1969 şi Billings A. J., Stoeckle J.D., 1989)

1. Caracteristicile simptomului (localizare/iradiere), calitate,

1. localizare şi întindere:
- precisă/imprecisă
- specifică/difuză
- profundă/superficială

cantitate, cronologie, condiţii asociate, context de apariţie, alte simptome)

2. calitate:
- folosirea de termeni uzuali
- folosirea de termeni neobişnuiţi

3. cantitate:
- tipul debutului
- intensitate/severitate
- grad de invaliditate/handicap
- descriere numerică:
  - număr de evenimente
  - amploare
  - volum

4. cronologie:
- debutul (data debutului)
- durata simptomului
- frecvenţă

5. condiţii asociate:
- pentru agravare
- pentru ameliorare

6. context de apariţie (la lucru, acasă, la şcoală, etc.)
7. alte simptome asociate.

2. Deplasarea centrului de greutate al interviului spre medic

Beneficiul întrebărilor "închise" (abundenţa de informaţii utile pentru medic) nu trebuie să excludă eventualele "ruperi de ritm", în care pacientul poate adăuga unele comentarii, semnificative din punctul său de vedere.

De asemenea, remarcile suportive ale medicului, făcute periodic, atmosfera generală de înţelegere şi căldură emoţională pot "umaniza" o astfel de fază a interviului, care, în alte condiţii, ar fi susceptibilă de a polariza relaţia medic-pacient (până la aceea ca medicul să joace rolul dominant, iar pacientul să se cantoneze într-o perpetuă şi precaută defensivă).

3. Tehnica formulării întrebărilor (mai ales a celor închise)

În formularea întrebărilor (mai ales a celor închise), trebuie să se ţină seama şi de o serie de exigenţe suplimentare:
- a se porni de la general spre particular (ex. de la un sistem/aparat, spre o anumită arie somatică, şi nu invers);
- a se folosi întrebări precise, nu confuze sau excesive prin complexitate/întindere (contraexemplu: "Aţi avut vreodată dureri de cap, amnezie, pierderea temporară a vederii sau leşin?");
- a se evita întrebările ce pot sugera răspunsul (de tipul "Nu-i aşa că...?" sau cele mai subtile, care favorizează (nu neapărat impun) un anumit răspuns (ex. "A fost mai întâi **febra**; sau frisonul?") (recomandată: "Ce a fost mai întâi, febra sau frisonul?");
- a nu se interpreta neselectiv spusele pacientului (unii pacienţi vin cu diagnostice prefabricate, rod al propriilor interpretări);

- a nu se interpreta datele cu voce tare, pe parcursul recoltării lor ("Ar putea fi apendicită. Aţi avut cumva şi greaţă ?");
- a se acorda atenţie tuturor simptomelor evocate de pacient, într-o manieră echilibrată (şi nu doar problemei nr.1 a acestuia);
- a nu se formula întrebări care vizează aspecte tehnice, inaccesibile pacientului ("Ce v-au găsit la ecografie?");
- a nu abdica de la empatie şi de la necesarul tact şi bun simţ, nici pe parcursul acestui gen de întrebări (cel mai simplu este a ne întreba "Oare ce simte pacientul, chiar în acest moment ?").

O anamneză inteligent condusă poate crea în această fază premisele pentru un diagnostic fidel, şi pentru un tratament eficace. O regulă de bază o constituie aceea de a ţine seama, în timpul interviului de răspunsurile primite, şi de a modula fluxul întrebărilor funcţie de acestea (a se investiga, de exemplu, până la capăt "răspântiile" în care un simptom poate avea relevanţă pentru mai multe boli (diagnostic diferenţial), sau a se ţine seama nu numai de prezenţa, dar şi de absenţa unui (şir de) simptom(e), etc.

4. Distincţia simptom-pseudosimptom (cenestopatii, conversiune isterică, etc.)

În context psihosomatic, problema simptomului capătă relevanţă şi prin necesara delimitare între simptom veritabil (de precizat etiologia exclusiv/alternativ/sumativ psihogenă), şi pseudosimptom (expresie de ex., a conversiei isterice).

Investigând în maniera amintită aspectele enunţate, dar şi manifestarea simptomului, chiar pe parcursul interviului (ex. dispneea/falsa dispnee, durerea/falsa durere) - aceste diferenţe pot fi sesizate.

5. Ipoteze cu privire la relaţia psihic-somatic

În ansamblu, apare mai ales necesară stabilirea unei corelaţii logice între psihic şi somatic, cu precizarea fină a secvenţelor temporale şi a dominantelor psihice sau somatice, adiacente lor.

De exemplu, depresia primară este susceptibilă de a genera un grad de imunodepresie (inclusiv prin asocierea unor factori psihocomportamentali de risc (fumat, consum de alcool, etc.)), dar şi direct, fapt ce poate genera o boală/tulburare somatică (vorbim în acest caz de o boală/tulburare psihosomatică); aceasta, la rândul ei, poate genera o reacţie secundară (de tip tulburare somatopsihică), aptă de a agrava situaţia iniţială.

6. Formularea unui model etiopatogenic specific cazului respectiv

Jocul psihic-somatic-psihic, agravarea prin feedback pozitiv a unor simptome psihice şi/sau somatice în cadrul mai general al afecţiunilor psihosomatice apar drept extrem de tipice, iar elucidarea, în măsura posibilului, a acestor aspecte, în această etapă, apare drept extrem de importantă.

5. PROBLEME LEGATE DE SANOGENEZĂ (STIL DE VIAŢĂ, ATITUDINI FAŢĂ DE BOALĂ)

Adesea neglijate, aceste elemente îşi pun amprenta asupra bolii, putând avea un rol fundamental în etiopatogenie (a opera asupra lor echivalează cu o profilaxie primară). Dar şi dacă boala s-a declanşat, cunoaşterea lor nu este derizorie, în măsura în care medicul poate tenta profilaxia recăderilor/recidivelor (profilaxie secundară).

Interviul clinic trebuie să stabilească existenţa anumitor practici (obiceiuri, vicii) cu rol potenţial dăunător asupra demersului terapeutic; să clarifice modul în care pacientul îşi verifică (dacă o face) sănătatea, şi raportul pe care îl are în general cu instituţia medicală; să evidenţieze existenţa practicilor terapeutice alternative, sau apelul simultan la medicina alopată şi neconvenţională; să precizeze (chiar printr-o întrebare deschisă, simplă, de genul: "Spuneţi-mi ce faceţi în general pentru a vă menţine sănătatea") existenţa conduitelor prosanogenetice; să aducă informaţii utile, mai ales în perspectiva unui tratament de lungă durată, despre gradul în care pacientul ar respecta (şi cum ar respecta) indicaţiile terapeutice.

PASUL 5

1. conduite sanogenetice cu vocaţie de profilaxie:
   - primară;
   - secundară.
2. raportul cu instuţia medicală;
3. poziţia faţă de medicina tradiţională/ alternativă;
4. apelul la medicina tradiţională/ alternativă;
5. evaluarea estimativă a complianţei terapeutice.

6. ANTECEDENTE

Deşi unele date care ţin de antecedentele semnificative în contextul bolii pot fi obţinute încă din etapele precedente, alocarea unui timp special pentru clarificarea tuturor antecedentelor (fiziologice, patologice, heredo-colaterale) ale bolnavului este în continuare, o etapă indispensabilă. Unele puncte trebuie neapărat atinse, şi notate în foaia de observaţie:

- spitalizări (tipul de internare: pentru o problemă acută/ cronică, chirurgicală (inclusiv obstetricală)/nu, pentru recuperare, etc.); îmbolnăviri, accidente, incidente, proceduri terapeutice (inclusiv psihoterapie);
- boli semnificative ca: afecţiuni cardiovasculare, ulcer, reumatism, TBC, cancer, hipertensiune arterială, diabet zaharat, etc., eventual amănunte legate de evoluţie, tratamente urmate, controale (mai ales în ultimul an);
- însuşirea sau renunţarea la unii factori psihocomportamentali de risc (consumul de alcool, fumat, etc.) şi motivele acestei decizii;
- alergii şi reacţii toxice la medicamente (inclusiv în cadrul tentativelor de sinucidere);
- medicamente "anodine", "de uz curent" gen anticoncepţionale, vitamine, tonice, antialgice, tranchilizante minore (± dependenţa fizică/psihică de acestea);
- (pentru femei): menarha, durata ciclului menstrual, tulburări legate de acesta, nr. de sarcini, de avorturi spontane/provocate, evoluţia eventualelor sarcini.

PASUL 6

1. clarificarea antecedentelor semnificative (fiziologice, patologice, heredocolaterale)
2. analiza calitativă a antecedentelor (spitalizări, tratamente, reacţii alergice/toxice, accidente, proceduri terapeutice

neconvenţionale etc.)
3. contribuţii suplimentare la elaborarea modelului etiopatogenic

În context psihosomatic, în această etapă putem obţine acele "verigi lipsă" care umplu golul de informaţie necesar pentru a contura un model etiopatogenic viabil al bolii. Se insistă asupra factorului psihic (dacă el există) în geneza anumitor boli din trecut sau în motivarea anumitor comportamente (ex. evitarea prezentării la medic, administrarea de anticoncepţionale).

Deoarece cercul vicios de tipul factor etiologic psihic (± alţi triggeri) → boală psihosomatică → agravarea simptomului psihic (± apariţia altor simptome noi) se constituie în timp, în etapa 6 putem afla o serie întreagă de evenimente/circumstanţe din trecut care pledează pentru boala psihosomatică actuală, şi oferă şi explicaţii pentru aceasta.

PASUL 7

7. RELAŢII SOCIALE ŞI FAMILIALE ALE PACIENTULUI. SUPORT SOCIAL

În evoluţia diferitelor tulburări/boli psihosomatice, această dimensiune poate avea o dublă importanţă:
- poate crea climatul propice pentru apariţia lor (intră în categoria factorilor pe care îi denumim generic "mediu", şi îi opunem, nu întotdeauna justificat, la dimensiunea genetică, ereditară);
- poate permanentiza evoluţia acestor entităţi nosologice, prin fenomene ca lipsa de suport social, presiuni în sensul reducerii complianţei terapeutice, susţinerii anumitor factori psihocomportamentali de risc pentru pacient, etc.

1. context familial:
- boli cu transmitere ereditară;
- arbore genealogic;
- dinamica relaţiilor intrafamiliale;
- climat familial;
- suport social;
- raportul cu boala;
- contribuţie diferenţiată, funcţie de tipul de boală, prognostic,

a) În ce priveşte relaţiile pacientului cu microgrupul familial, dincolo de investigarea prezenţei anumitor boli, cu determinism genetic important sau cu risc mare de transmitere (ex. boli cardiovasculare, diabet, cancer, TBC, astm bronşic, unele boli psihice, în special psihoze), şi de încercarea de a structura un arbore genealogic, medicul trebuie să se concentreze asupra anumitor variabile de ordin psihologic, importante în acest context:
- structura interacţiunilor familiale (competiţie, coeziune, dependenţă, conflicte, etc.);
- climat familial (dominat de afecţiune, ostilitate, indiferenţă, ş.a.);
- existenţa/absenţa suportului social (de tip material, informaţional, afectiv) (cf. Iamandescu, 1995);
- raportul membrilor familiei cu boala pacientului, odată apărută (sprijin, marginalizare, sancţionare);
- presiuni în direcţia creşterii/scăderii complianţei terapeutice.

În decursul anamnezei, ponderea acordată investigării acestor aspecte variază, funcţie şi de stilul cognitiv şi de tipul de coping predominant al pacientului. De exemplu, se poate presupune că pacienţii cu loc de control intern (care afirmă şi cred că "stă în puterea lor" să facă faţă unei

situaţii stresante ca boala) au un grad de autonomie mai mare în raport cu mediul familial, şi anumite intervenţii ale familiei pot fi percepute ca agresionante, agasante.

Invers, cei cu "loc de control extern", care tind în general să proiecteze în afară cauza suferinţei lor, şi să aştepte rezolvări, mai degrabă decât să le caute, vor fi mai susceptibili la intervenţia factorului familial, şi la dependenţa de familie.

În acest context particular, o intervenţie neîndemânatică din partea membrilor familiei poate avea consecinţe importante.

Desigur, se poate pune problema mecanismului de reîntărire pozitivă/negativă, care poate crea/diminua dependenţa de familie. Sesizarea acestor feedback-uri pozitive trebuie exploatată inteligent de către medic, în sensul favorizării unei tendinţe sau alteia, în raport şi de tipul de boală a pacientului şi de prognosticul acesteia (ex. la un alcoolic cirotic, un relativ control din partea familiei (chiar dacă perceput ca dependenţă de către bolnav) poate fi benefic pentru evoluţia bolii, evident dacă bolnavul nu provine dintr-o familie de alcoolici; în caz contrar, medicul va favoriza, atât cât este posibil, tendinţele spre autonomie ale pacientului, va întări relaţia transferenţială, etc.).

Judecarea fiecărui caz este nuanţată, punându-se în balanţă toţi aceşti factori, urmărindu-se beneficiul pe termen lung al pacientului. În general, folosirea familiei ca aliat terapeutic constituie un factor important în restabilire, şi-l poate degreva pe medic de o serie întreagă de responsabilităţi suplimentare.

b) Dinamica relaţiilor sociale poate fi importantă în etiopatogenia anumitor boli (cu o menţiune specială pentru cele la care anumiţi factori psihocomportamentali de risc au o contribuţie importantă). Grupul de apartenenţă, anturajul pacientului pot favoriza (sau nu) comportamente de tip regresiv, pot să aibă influenţe divergente asupra complianţei terapeutice, pot fi responsabile de o parte din recăderi/recidive (un ex. sugestiv - bolnavul toxicoman).

În strânsă relaţie cu problematica relaţiilor sociale, indicii de calitate a vieţii oferă o imagine asupra inserţiei individului la nivel micro- şi macrogrupal, cât şi asupra confortului său biologic şi psihologic.

Deşi concentrarea asupra acestor elemente poate părea prezumţioasă la primul contact cu bolnavul, ea trebuie să rămână o preocupare a medicului. Fie sub forma unui chestionar scurt, de 10-12 întrebări, fie sub forma unor întrebări deschise, formulate în aşa fel încât să favorizeze destăinuirile pacientului, atingerea acestor aspecte (incluzând aici şi nivelul de trai, venitul, raportul aspiraţii/ posibilităţi, ierarhia motivaţională, gradul de satisfacere a nevoilor psihologice fundamentale (securitate emoţională, afiliere, noutate) apare drept extrem de necesară, cu atât

stilul cognitiv al pacientului;
- obiectiv general: familia, ca aliat terapeutic

2. context social:
- grupul de apartenenţă, anturaj;
- calitatea vieţii (venit, raport aspiraţii/posibilităţi, ierarhie motivaţională etc.);

mai mult cu cât o întreagă strategie terapeutică poate fi astfel pusă în mişcare (sau anulată).

Relevant rămâne de ex., cazul tipului psihocomportamental A, în general dornic de vindecare, dar puţin dispus la restructurare comportamentală (mai ales în ce priveşte modularea raporturilor cu ceilalţi în direcţia unei toleranţe şi flexibilităţi crescute, şi scăderii ostilităţii), ca şi cazul tipului C, predispus la reprimarea sentimentelor negative (agresivitate, nemulţumire, frustrare) faţă de ceilalţi.

Dinamica relaţiilor sociale poate fi (şi este cel mai adesea) supusă factorilor de presiune (normare) culturală, anumite obiceiuri, atitudini în legătură cu boala (inclusiv explicaţii asupra originii şi prognosticului ei) căpătând semnificaţii particulare, în anumite areale culturale, şi fiind total ignorate în altele. Acesta este încă un determinant de care medicul trebuie să ţină seama, în evaluarea bolii prin grila perspectivei psihosomatice.

- tip particular de personalitate;
- norme culturale

8. DIAGNOSTICUL PSIHOLOGIC/PSIHOSOMATIC

Scopul final al acestui algoritm îl constituie precizarea diagnosticului, într-o viziune mai largă, sincretică, psihic-somatic. Datele culese până în această etapă pot fi acoperitoare, în măsura în care fiecare pas este parcurs cu responsabilitate şi cu nuanţarea necesară.

O situaţie specială o reprezintă aceea în care bolnavul prezintă tulburări de comportament ce nu pot fi puse strict în legătură cu simptomele bolii somatice. Dincolo de inerenta anxietate, sau de depresie, uneori regresie în cadrul bolii, pot fi decelate uneori semnele unei afecţiuni psihice patente sau unei tulburări de personalitate care reclamă o prudenţă sporită în evaluare şi în demersul terapeutic. Tipurile de personalitate dizarmonică paranoid, isteric, psihastenic, schizoid, impulsiv, pot ridica probleme atât în vindecarea propriei afecţiuni, cât şi la nivel de comunitate spitalicească, sau de mediu social în general. Complianţa acestor bolnavi este nu în puţine cazuri deficitară, susţinerea terapiei dificilă, de aceea se recomandă tehnici speciale, particulare, de abordare în cadrul modelului general descris, ca de exemplu gratificarea dorinţei de dezirabilitate la isteric, căutarea, într-o măsură mai mare, a suportului familial la depresiv, încurajarea verbalizării emoţionale la schizoid, etc.

În cazul bolilor psihice nete, este utilă căutarea sprijinului terapeutic al psihologului/psihiatrului, într-un veritabil "lucru în echipă".

La polul opus, cei mai mulţi oameni afectaţi de o boală psihosomatică rămân totuşi, din punct de vedere al normalităţii psihice - integri, iar posibila afectare, reversibilă, este pricinuită de impasul existenţial în care se găsesc.

Acestora li se adresează algoritmul de mai sus, care, fără a avea pretenţia de exhaustivitate, poate reprezenta o bază utilă în abordarea încununată de succes a acestor bolnavi.

PASUL 8

1. diagnostic psihologic (afecţiuni psihice intercurente, tulburări de personalitate etc.);
2. modalităţi de abordare particulară în aceste cazuri
3. colaborare cu psihologul sau/şi psihiatrul;
4. diagnostic psihosomatic

Bibliografie

1. *Barrows H.S., Pickell G.C. "Developing Clinical Problem-Solving Skills - A Guide to More Effective Diagnosis and Treatment", New York, Norton Medical Books, 1991;*
2. *Bates B. "A guide to Physical Examination and History Taking" (5th Ed.), Philadelphia, Lippincott, 1991;*
3. *Billings A.J., Stoeckle J.D. "The Clinical Encounter - A Guide to the Medical Interview and Case Presentation", Chicago, Year Book, 1989;*
4. *Elstein A.S. "Psychological Research on Diagnostic Reasoning". În: Lipkin M., Putnam S.M., Lazare A. (eds.) "The Medical Interview", New York, Springer-Verlag, 1995, pg.504-510;*
5. *Iamandescu I.B. "Psihologie Medicală", Ed. Infomedica, București, 1995;*
6. *Johnson T.M., Hardt E.J., Kleinman A. "Cultural Factors in the Medical Interview". În: Lipkin M., Putnam S.M., Lazare A. (eds.) "The Medical Interview", New York, Springer-Verlag, 1995, pg. 153-162;*
7. *Levinson D. "A Guide to the Clinical Interview", Philadelphia, Saunders, 1987;*
8. *Lipkin J.M. et al. "Performing the Interview". În: Lipkin M., Putnam S.M., Lazare A. (eds.) "The Medical Interview", New York, Springer-Verlag, 1995, pg. 65-82;*
9. *Morgan W.L., Engel G.L. "The Clinical Approach to the Patient", Philadelphia, Saunders, 1969;*
10. *Smith R.C. "The patient's story: integrated patient-doctor interviewing", Boston, New York, London, Toronto: Little, Brown and Company, 1996;*
11. *Smith R.C., Hoppe R.B. "The patient's story; integrating the patient-and physician-centered approaches in interviewing", Ann. Intern.Med., 1991, 115:470-477.*

***

C. COMUNICAREA MEDIC-PACIENT ÎN MEDICINA DE FAMILIE

Cristian Sever Oană

Motto: "Medicina este un echilibru delicat între artă, ştiinţă şi comunicare",
Carole Guzman,
Preşedinte al Asociaţiei Medicale Canadiene, 1991

Se consideră că există două tipuri de ştiinţe: ştiinţe naturale şi ştiinţe sociale (umane). Ştiinţele naturale se ocupă de fenomenele din natură care trebuie explicate prin demonstrarea cauzelor acestora. Ştiinţele sociale se ocupă de fenomenele umane care trebuie înţelese în funcţie de atitudini, sentimente, norme şi motive ale persoanelor implicate.

Medicina este o profesie care îmbină în egală măsură elemente ale ştiinţelor naturale cât şi ale ştiinţelor sociale. Modelul medical contemporan este unul eclectic, modelul bio-psiho-social, care foloseşte elemente din trei sisteme teoretice. Acest model este bun din punctul de vedere al practicii clinice dar este nesatisfăcător din punct de vedere filosofic şi ştiinţific.

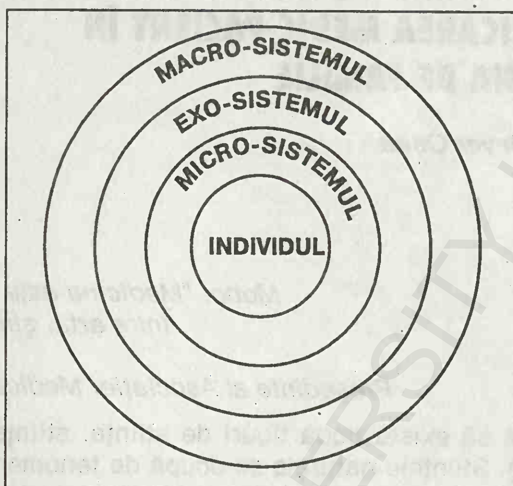
După cum subliniază Kuhn, un concept ştiinţific dobândeşte sens şi semnificaţie doar în contextul paradigmei căreia îi aparţine şi deci un model al bolii care împrumută concepte din trei paradigme diferite este un punct de pornire nesatisfăcător pentru formularea unor teorii fertile.

I. Concepţii ecologice

Modelul medical bio-psiho-social aşa cum a fost pus la punct de Engel nu poate fi aplicat întotdeauna cu uşurinţă în practica medicinei de familie. De aceea s-a dezvoltat **un model ecologic care integrează perfect elemente de antropologie medicală**. Cadrul conceptual folosit de autori ca Jansen şi Bronfenbrenner are patru nivele majore, fiecare cu caracteristicile sale unice. Terminologia folosită pentru a defini trei dintre aceste nivele apelează la cuvântul "sistem" pentru a accentua interacţiunile dintre ele (Figura 1).

Primul nivel este cel **individual**. Importanţa acestui nivel este uşor de înţeles, deoarece reprezintă pacientul în sensul individualităţii sale biomedicale, intelectuale şi emoţionale, al funcţionalităţii sensori-motorii, abilităţilor cognitive şi al tăriei ego-ului în relaţia prilejuită de întâlnirea clinică. Conceptele antropologice la acest nivel cuprind modelul explicativ al bolii, evidenţierea cererilor pacientului, negocierea medic-pacient şi impactul etnicităţii asupra relaţiei medic-pacient şi asupra comportamentului de bolnav sau sănătos.

Figura 1



Al doilea nivel este **microsistemul constituit de mediul fizic şi social din imediata proximitate** în care funcţionează individul. Mediul social este format din oamenii semnificativi din viaţa subiectului precum părinţii, soţul, prietenii, colegii de serviciu. Individul este expus presiunii sociale ca rezultat al apartenenţei sale la un grup. Tot aici sunt incluse fenomene ca presiunea de grup, normele sociale active în mediul imediat de viaţă al individului, viaţa profesională şi religioasă. În afară de mediul social microsistemul cuprinde şi mediul fizic natural şi artificial construit. Dimensiunile fizice şi sociale ale microsistemului afectează credinţele şi comportamentul individului faţă de starea sănătăţii sale.

Al treilea nivel, **exosistemul, cuprinde comunitatea locală, vecinătatea.** Conceptul de comunitate poate fi înţeles din cel puţin trei puncte de vedere diferite:

1. Ca o arie sau teritoriu bine definit;
2. Ca o mulţime de instituţii cu componente fizice, personale şi sociale care asigură servicii de întreţinere şi împlinire a vieţii indivizilor;
3. În sens psihologic ca o apartenenţă, sentimentul de grup.

Vecinătatea sau mediul comunitar este de importanţă majoră pentru sănătatea individului. Ea este o sursă de satisfacere a nevoilor fundamentale, servicii, securitate fizică, interacţiune socială, distracţii şi mulţi alţi factori legaţi de nevoile, cerinţele şi presiunile umane.

Al patrulea nivel este **macrosistemul sau contextul global al cadrului ecologic** şi cuprinde procesele politice, forţele economice şi sociale şi evenimentele ce operează într-un mediu politico-economic particular pentru socializarea bolii şi suferinţei. După cum sugerează Young factorii ce operează la acest nivel influenţează direct sau indirect aproape orice aspect al vieţii. Aceşti factori determină:

1. cine ce boală va face, la ce servicii medicale are acces şi de ce îngrijiri beneficiază;

2. cum indivizi cu acelaşi set de simptome şi semne sunt încadraţi la boli diferite şi tratamente diferite în funcţie de poziţia socială şi economică a suferindului.

Cadrul conceptual ecologic facilitează integrarea principiilor antropologice în practica clinică a medicului de familie.

2. Concepţia antropologică

În continuarea capitolului ne vom ocupa de nivelul individual care este nucleul întregului sistem şi la care se concentrează toate relaţiile şi influenţele. La acest nivel se desfăşoară interacţiunea clinică medic-pacient bazată pe comunicare.

Nivelul individual include ţesătura fină şi complicată a relaţiilor dintre cererile pacientului, modelul său explicativ pentru boală şi abordarea negociată a îngrijirii cazului.

a. **Modelul explicativ** este reprezentat de percepţiile şi opiniile individului despre boală. În esenţă aceste opinii conţin elemente de cauzalitate, fiziopatologie, prognoză şi percepţiile pacientului asupra mijloacelor terapeutice eficiente. **Modelul explicativ al pacientului reflectă preocuparea sa pentru boala pe care o are şi este un amestec de noţiuni comune, biomedicale şi folclorice.**

Modelul explicativ al pacientului poate fi evidenţiat în timpul interviului şi poate fi un element important în alcătuirea strategiei de îngrijire a bolnavului.

Lazare şi colaboratorii au conceptualizat întâlnirea clinică dintre medic şi pacient ca începând cu o cerere specifică de servicii din partea pacientului.

b. Dezvoltând ideea, Good şi Good au clasificat **solicitările pacientului din asistenţa medicală** primară în trei mari grupe:

1) solicitări biomedicale;

2) solicitări psihosociale;

3) solicitări legate specific de interacţiunea medic-pacient.

Aceste solicitări includ informaţii medicale, asistenţă psihosocială, ascultarea terapeutică, tratament biomedical şi legitimarea statutului de bolnav.

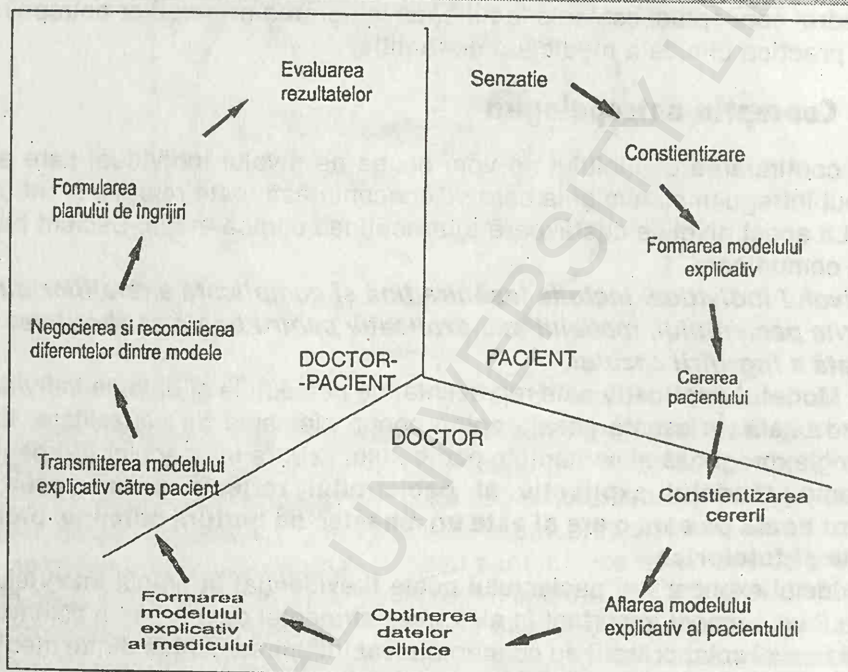
Evidenţierea solicitărilor pacientului se concentrează pe nevoile şi dorinţele **acestuia în cadrul interacţiunii clinice.**

c. Înţelegerea cerinţelor pacientului este extrem de utilă în **procesul de negociere dintre medic şi pacient a aşteptărilor şi rezultatelor întâlnirii clinice.** Medicul poate evidenţia solicitările reale ale bolnavului în cursul interviului şi vom reveni asupra acestui aspect ceva mai târziu (Figura 2).

Evidenţierea modelului explicativ al pacientului şi a solicitărilor sale în cursul întâlnirii clinice este doar pasul iniţial care permite medicului să observe **diferenţele dintre modelul explicativ biomedical şi cel laic al pacientului.** Înţelegerea asemănărilor şi deosebirilor între cele două modele este şi primul pas în negocierea reconcilierii dintre ele. **Negocierea implică**

clarificarea modelului explicativ al pacientului şi pornind de la asemănarea cu cel al medicului se poate ajunge la un plan de îngrijiri medicale agreat de ambele părţi.

Figura 2



Succesul tratamentului depinde de succesul acestei negocieri prin care se asigură participarea voluntară a bolnavului la îngrijirea sănătăţii sale. Impunerea modelului explicativ al medicului cu neglijarea şi în detrimentul modelului explicativ al bolnavului este primul pas spre eşecul tratamentului, iar acest lucru se datorează întotdeauna proastei comunicări dintre medic şi pacient.

II. Modele de consultaţie

Modelul medical încă prevalent, consideră consultaţia un simplu decor în care doctorul îşi desfăşoară munca de diagnostic şi tratament. Noul val care tinde să schimbe paradigme, ţine cont din ce în ce mai mult de faptul că pacientul nu funcţionează ca o maşină, ci are sentimente, iar doctorul nu este o maşină de pus diagnostice şi are la rândul lui sentimente. Astăzi, acordăm o atenţie din ce în ce mai mare la ceea ce se întâmplă, dincolo de aspectul pur clinic al consultaţiei. Una dintre primele teorii care descrie cel mai bine modelul medical actual este teoria rolurilor.

A. Teoria rolurilor

Descrie aşteptările pe care fiecare le are de la rolul de pacient, respectiv de doctor şi regulile după care se desfăşoară interacţiunea dintre cei doi. În mod tradiţional, când pacientul intră în rolul de bolnav, el renunţă temporar la o parte din responsabilitatea sa asupra propriei bunăstări. El acceptă unele restricţii asupra capacităţii sale de liberă alegere în probleme de sănătate şi îi acordă medicului puteri de judecător. Pacientul trebuie să-şi recunoască vulnerabilitatea, dar şi autoritatea medicului. **Adoptând rolul bolnavului, el poate ieşi din alte roluri**, de exemplu cel de susţinător al familiei, şi îi legitimează un comportament regresiv, dependent (stă la pat, este servit, etc.). Totuşi, acest rol implică şi obligaţia pacientului de a căuta să se vindece, lucru pe care dacă nu-l face, îşi pierde avantajele.

Fiecare societate acordă anumitor indivizi responsabilitatea de a uşura suferinţa fizică şi spirituală, endemică în omenire. În acest sens, societatea creează doctori pe care îi înzestrează cu putere şi autoritate pentru a uşura sau, cel puţin, a izola suferinţa (Michael Focault). În schimbul stimei, doctorul este dator să-şi dedice competenţa şi atenţia oricăror probleme prezentate de pacient şi să acţioneze în interesul pacientului şi, uneori, în interesul societăţii.

Accesul la medic implică **executarea unor ritualuri**:

- umilinţa pacientului care trebuie să-şi afirme neajutorarea;
- etalarea suferinţei într-un mod standardizat sub formă de simptome;
- programarea la consultaţie sau înscrierea pe o listă de aşteptare;
- îmblânzirea spiritelor care îl înconjoară pe doctor (asistente, infirmiere, secretare, portari);
- pacientul trebuie să-şi sacrifice părţi din corpul său ca să câştige atenţia medicului: sânge, urină, ţesuturi pentru analize;
- doctorul este îmbrăcat într-o uniformă simbolică, întronat în spatele unui birou şi tăcut ca un sfinx;
- pacientul, din contră, stă gol pe un scaun sau pe o canapea, şi asta numai pentru că s-a pierdut bunul obicei al îngenuncherii, corpul şi spiritul lui fiind accesibile doctorului.
- mormăielile doctorului, ca şi prezicerile Pythiei la oracolul din Delphi, sunt ambigue şi, de obicei, într-o limbă inaccesibilă pacientului.

Acest model de consultaţie, tradiţional şi comod pentru doctor, este tot mai puternic contestat. Pe creasta noului val plutesc concepte noi "holistic", "deprofesionalizarea medicinei", "medicalizarea excesivă a vieţii", "drepturile pacientului" etc. Spre onoarea profesiunii, valul schimbării este condus de medici, care au renunţat la piedestal şi se îndepărtează de stereotipul autocratic. **Accentul se deplasează de pe doctor pe pacient şi de pe sarcină pe comportament.** Modelele curente de consultaţie pot fi astfel clasificate după două axe de coordonate: axa centrat pe doctor sau pe pacient şi axa orientat spre sarcină sau spre comportament (Figura 3).

Figura 3

Centrată pe pacient

Modelul concepţiei despre sănătate (Helmen)	Consilierea (Balint, Bendix)
Orientată spre sarcină	**Orientată spre comportament**
Bio-psiho-social (Pendleton, Statt şi Davies)	Analiza tranzacţională (Berne) Analiza categorială (Byrne şi Long)

Centrată pe doctor

B. Etapele şi conţinutul consultaţiei

Indiferent de modelul de consultaţie adoptat, comunicarea medic-pacient este esenţială, iar diferenţele dintre modele sunt date mai degrabă de raportul de putere şi de calitatea comunicării, decât de absenţa sau prezenţa ei.

Consultaţia în sine are două etape principale, ambele bazate pe comunicare. Prima etapă este interviul, în care doctorul încearcă să descopere de ce a venit pacientul să-i ceară ajutorul. A doua etapă este expunerea, în care doctorul îl informează pe pacient despre concluziile sale privind diagnosticul, tratamentul şi recomandările sale. **Din punct de vedere strict al comunicării, sunt patru etape bazate pe tot atâtea talente:**

- de a pune întrebări
- de a asculta
- de a răspunde
- de a explica

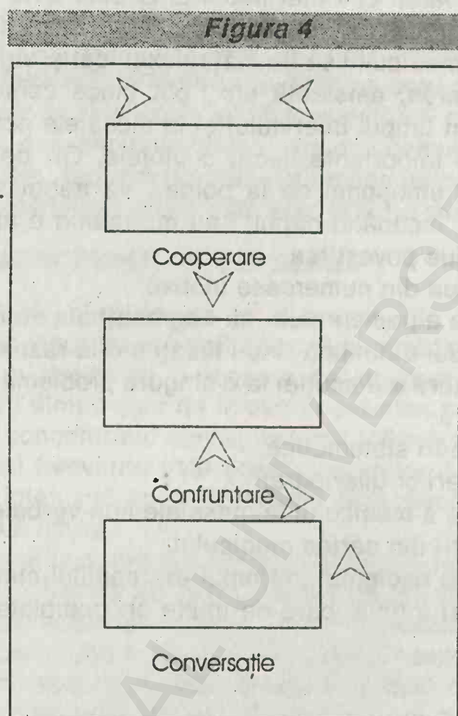
Din fericire, chiar şi cei lipsiţi de ele le pot dobândi prin învăţare şi exersare zilnică.

Interviul

Pacienţii sunt de cele mai multe ori anxioşi când trebuie să vină la medic. **Această anxietate poate fi diminuată printr-un comportament prietenesc din partea doctorului.** De altfel, acest lucru se corelează cu gradul de satisfacţie al pacientului. Medicul îşi poate manifesta prietenia salutând pacientul, adresându-i-se pe nume şi dând mâna cu el, rugându-l să ia loc şi iniţiind o discuţie amicală pe o temă nemedicală. Aceste mesaje verbale şi non-verbale elimină în general anxietatea pacientului. Regia consultaţiei

este aranjată de medic şi poate influenţa decisiv comunicarea. Uniforma medicală inhibă, pe când ţinuta de stradă relaxează pacientul, poziţia în jurul biroului este şi ea parte importantă (Figura 4).

Figura 4



Medicul poate manipula situaţia în aşa fel încât să-l aşeze pe pacient unde vrea, fără să-i dea posibilitatea să aleagă. Dacă vrea să afle mai multe despre personalitatea pacientului, medicul îi va permite acestuia să-şi aleagă locul unde vrea să stea. Pacientul timid va încerca să-şi asigure un spaţiu personal cât mai izolat şi va sta cât mai departe de medic. Aspectul exterior al medicului este hotărâtor pentru buna comunicare; dacă medicul corespunde ca aspect aşteptărilor bolnavului, acesta se va destăinui mai uşor. De asemenea, postura care exprimă interesul, puţin aplecat în faţă, contactul vizual, este de natură să încurajeze pacientul. Uneori, atingerea pacientului, de exemplu o mână pusă pe umăr, poate fi esenţială pentru uşurarea unui pacient foarte stresat.

Prima întrebare trebuie să fie deschisă, de genul: **"ei bine"** sau **"cu ce vă pot ajuta?"**. Medicul trebuie să asculte în linişte, fără să întrerupă, mărturisirea iniţială a bolnavului. Ulterior, va trebui să rezume spusele bolnavului cu scopul de a i se confirma că a înţeles exact mesajul. Apoi poate continua cu întrebări de tip închis, care implică răspunsuri scurte, pentru a putea sonda în profunzime ceea ce îl interesează în mod special **(ce temperatură aţi avut?, câte kilograme aţi slăbit?**, etc.). Trebuie evitate cu orice

preţ întrebările care ar putea sugera un răspuns **(nu credeţi că de teamă faceţi palpitaţii?** – această întrebare ar putea fi formulată astfel: **"ce mai simţiţi când vă este teamă"** sau **"ce mai simţiţi când aveţi palpitaţii?")**. Înainte şi după întrebarea cea mai importantă este bine să faceţi o pauză pentru a fi siguri că pacientul a înţeles implicaţiile acesteia. Ascultarea în sine cere din partea medicului să fie atât relaxat, cât şi vigilent. Întreruperile de orice natură, telefon, asistentă etc., pot bloca comunicarea. Medicul trebuie să fie atent în timpul interviului şi la mesajele non-verbale, care de multe ori pot fi mai importante decât cuvintele. Ori de câte ori medicul primeşte un semnal emoţional de la bolnav, va trebui să confirme acest lucru, fie din priviri, înclinând capul, sau mormăind o aprobare pentru a-l încuraja să-şi continue povestirea.

Interviul poate eşua din numeroase motive:

- lipsa de relaxare a pacientului - nu-l agresaţi din start cu întrebări!;
- scăparea discuţiei din mână - nu-l lăsaţi s-o ia razna!;
- limitarea prematură a discuţiei la o singură problemă - pacientul începe cu o problemă minoră;
- lipsa unor întrebări sistematice;
- absenţa clarificărilor ulterioare;
- lipsa de răspuns a medicului la mesajele non-verbale ale pacientului;
- lipsa concentrării din partea medicului.

Contactul fizic cu pacientul în timpul examenului clinic poate stimula o comunicare mult mai intimă, care de multe ori completează în mod fericit interviul.

Expunerea

Explicaţiile bune, ca şi o pereche de bikini, trebuie să fie minuscule, stimulative şi totuşi să acopere lucrurile esenţiale. În tinereţe, majoritatea medicilor sunt tentaţi să explice prea mult şi prea devreme. Consecinţa este că foarte repede ajung să se contrazică şi nu mai au pe unde scoate cămaşa. Indiferent cât de exact şi complet este diagnosticul, dacă medicul nu este capabil să explice semnificaţia acestuia în termeni accesibili pacientului, rezultatul este un pacient nemulţumit, derutat, care de cele mai multe ori nu va respecta indicaţiile medicului. Pacienţii îşi amintesc cel mai bine ceea ce li se spune în primul minut după terminarea examinării clinice. De aceea, este esenţial ca atunci să i se transmită informaţia cea mai importantă.

Transmiterea veştilor proaste necesită cea mai mare măiestrie. Empatia şi limbajul clar sunt condiţiile sine qua non în acest scop. Principiile după care se face transmiterea unei veşti rele sunt următoarele:

- alege momentul potrivit;
- rezervă suficient timp;
- progresează în ritmul înţelegerii şi acceptării pacientului;
- evaluează cât ştie şi cât vrea de fapt să ştie;
- identifică preocuparea principală a pacientului,
- asigură-l de tot sprijinul tău.

În final, consultaţia trebuie să se termine într-o notă de relaxare. Pacientul este satisfăcut, se pregăteşte să se ridice, zâmbeşte şi îşi ia la revedere. Dacă pacientul vorbeşte cu ezitări, evită contactul vizual cu doctorul şi nu este gata să se ridice, este evident eşecul comunicării şi procesul trebuie reluat, eventual la o nouă vizită.

În concluzie comunicarea medic-pacient este esenţială şi poate afecta profund îngrijirea bolnavului. Din fericire, tehnica comunicării poate fi învăţată şi exersată la fel de bine ca şi tehnica examinării clinice.

Una dintre cele mai eficiente tehnici de comunicare la îndemâna medicului de familie este derivată din tehnica psihanalitică bazată pe modelul tranzacţional al lui Berne. În continuare vom expune modelul tranzacţional.

MODELUL TRANZACŢIONAL AL LUI BERNE

Eric Berne (1961), pornind de la concepte din psihanaliză, teoria comunicării şi teoria jocurilor, a reuşit să pună la punct un sistem de **analiză tranzacţională** care defineşte procesele ce operează în relaţiile interpersonale în termeni simpli uşor de folosit în practica medicinei de familie.

Restrângând şi concentrând operaţiile tranzacţionale asupra unui număr limitat de grupe mai frecvente este posibil cu ajutorul acestei tehnici să-l faci pe pacient să înţeleagă anumite defecte caracterologice fundamentale atât ale lui, cât şi ale altora.

Deoarece tranzacţiile dintre oameni sunt descrise ca "distracţii", "jocuri" şi "scenarii" şi sunt tratate cu umor, pacientul îşi formează o atitudine înţelegătoare faţă de slăbiciunile altor oameni şi dobândeşte o înţelegere critică a propriei sale relaţii histrionice cu ceilalţi oameni. (Tranzacţia este unitatea interacţiunii sociale. Când doi sau mai mulţi oameni se întâlnesc într-o agregare socială, unul din ei va vorbi sau va da un alt semn care indică recunoaşterea prezenţei celorlalţi. Acesta este stimulul tranzacţional. Altcineva va spune sau va face ceva ca răspuns la acest stimul şi acesta este răspunsul tranzacţional). Atitudinile ego-sintonice, de obicei dificil de admis, sunt izolate ca fiind absurde şi aducând un beneficiu îndoielnic. Pacientul învaţă să râdă de sine însuşi şi să-şi inhibe anumite înclinaţii ca străine de ego (ego alien).

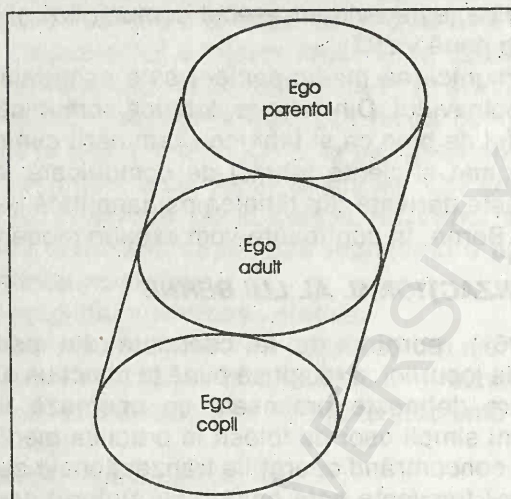
Berne concepe relaţiile umane ca seturi repetitive de manevre sociale care au rol defensiv şi aduc importante gratificaţii. Aceste manevre iau forme de "distracţii" şi "jocuri" pe care le joacă oamenii. Acestea pot fi simple trucuri sau pot lua forma unor exerciţii elaborate care urmează un plan inconştient sau scenariu.

La orice persoană se manifestă trei stări ale ego-ului:

- prima este **copilul** din interiorul persoanei, o relicvă regresivă a trecutului arhaic al individului, deci un aspect al arheopsihicului său;
- a doua este **părintele**, agentul parental extern, pe care persoana îl încorporează prin identificare, sau exteropsihicul;
- a treia, **adultul**, matur, raţional, prelucrând date, sau neopsihicul.

Fiecare dintre aceste componente ale persoanei percepe realitatea diferit: partea de copil percepe prelogic şi distorsionat; partea de părinte sentenţios; partea de adult, comprehensiv pe baza experienţei trecute.

Figura 5
Diagrama structurală a personalităţii



Cele trei stări acţionează ca răspuns la nevoile persoanei şi la tipurile de "jocuri" pe care le practică la un moment dat. De exemplu, în cazul unei poveşti despre delapidare părintele acţionează moralizator (joacă jocul "condamnare"), **adultul** este interesat cum s-a produs delapidarea (joacă jocul "contabilul"), **copilul** acţionează naiv şi se gândeşte ce distractiv este să continue delapidarea (joacă jocul "hoţii şi vardiştii"). Cele trei stări ale **ego**-ului pot intra în conflict între ele, simptomele fiind consecinţa relicvelor **copilului** care se luptă cu relicvele **părintelui**, amândouă contaminând **adultul**.

În timpul interviului medicul de familie trebuie să-şi dea seama în funcţie de aspectul şi prezentarea pacientului, gesturi, vocabular şi intonaţia vocii care stare a ego-ului a produs simptomul sau tulburarea echilibrului personalităţii. Psihopatologia poate fi reformulată în termenii trilogiei părinte-adult-copil pentru uzul medicului de familie. Astfel halucinaţiile reprezintă o manifestare a părintelui ce foloseşte audienţa copilului şi uneori a adultului contaminat. Iluziile sunt în general manifestări ale copilului care contaminează adultul. Depersonalizarea este o manifestare a stimulilor somatici, distorsionaţi de un copil derutat care sunt de neînţeles pentru adult. Dacă stimulii sunt ego-sintonici pentru adult, sunt transformaţi în iluzie de modificare a corpului. În hipomanie copilul exclude părintele cu ajutorul adultului contaminat. Dacă se transformă în manie adultul ca şi părintele devin excesiv de puternici cu ajutorul copilului care îşi investeşte energia libidinală în acea acţiune.

Isteria de conversie este o manifestare a copilului care exclude adultul prin refulare. Tulburările de caracter şi psihopatiile sunt manifestări ale

copilului care convieţuieşte în armonie cu adultul. Nevrozele impulsive sunt izbucniri ale copilului fără controlul adultului sau părintelui.

Medicul acţionează la rândul lui cu părintele, adultul sau copilul din structura personalităţii sale. Presupunerea este că acest act este în beneficiul pacientului.

Deseori copilul din medic va percepe intuitiv şi subconştient copilul sau părintele din pacient.

Analiza tranzacţională simplă trebuie să diagnosticheze care stare a ego-ului iniţiază stimulul tranzacţional şi care iniţiază răspunsul tranzacţional.

Cele mai simple tranzacţii sunt cele în care atât stimulentul, cât şi răspunsul provin de la adulţii medicului, respectiv pacientului. La întrebarea medicului **"ce v-a supărat?"** pacientul "adult" răspunde **"m-a durut capul şi am avut febră".**

A doua ca simplitate este tranzacţia copil-părinte. De exemplu pacientul spune: **"mi-e rău, tremur, dacă o să mor singur noaptea în casă?"**. La acest stimul tranzacţional iniţiat de pacientul "copil", medicul "părinte" răspunde: **"liniştiţi-vă, este doar un guturai şi vă rog să beţi acum un pahar de apă şi o aspirină."** Ambele aceste tranzacţii sunt complementare, adică răspunsul este adecvat şi aşteptat şi respectă ordinea naturală a relaţiilor umane sănătoase.

Ele pot fi schematizate astfel (vezi figura 6).

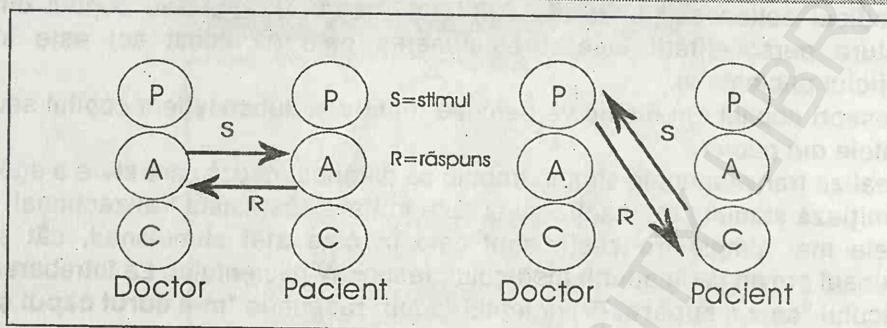
Prima regulă a comunicării este că aceasta este de bună calitate şi se desfăşoară cu uşurinţă dacă tranzacţiile sunt complementare. Corolarul acestei reguli este că atâta timp cât tranzacţiile sunt complementare, comunicarea poate în principiu să continue la infinit. Aceste reguli sunt independente de natura şi conţinutul tranzacţiilor; ele se bazează în întregime pe direcţia vectorilor implicaţi. Atâta timp cât tranzacţiile sunt complementare, este irelevant din punctul de vedere al regulii dacă cei doi sunt angajaţi într-o bârfă critică (părinte-părinte), în rezolvarea unei probleme (adult-adult) sau într-un joc (copil-copil sau părinte-copil).

A doua regulă a comunicării este că aceasta se întrerupe când se produce o tranzacţie încrucişată. Cea mai frecventă tranzacţie încrucişată şi care creează cele mai multe dificultăţi sociale în relaţiile de muncă, căsătorie, prietenie, iubire, este cea în care la un stimul adult-adult răspunsul este copil-părinte.

Acest tip de tranzacţie nu este altceva decât reacţia clasică de transfer din psihanaliză. La întrebarea simplă "nu ştii unde este ziarul de azi"? poţi răspunde "pe birou" sau "întotdeauna dai vina pe mine când nu găseşti ceva!". Acest al doilea răspuns este o tranzacţie încrucişată. De asemenea la remarca doctorului "analizele sunt destul de proaste; cred că ar trebui să găsim o soluţie ca să beţi mai puţin", răspunsul adultului într-o tranzacţie complementară ar fi "cred că ar trebui să mă abţin un timp".

Răspunsul într-o tranzacţie încrucişată va fi "tot timpul mă criticaţi de parcă aţi fi maică-mea!"

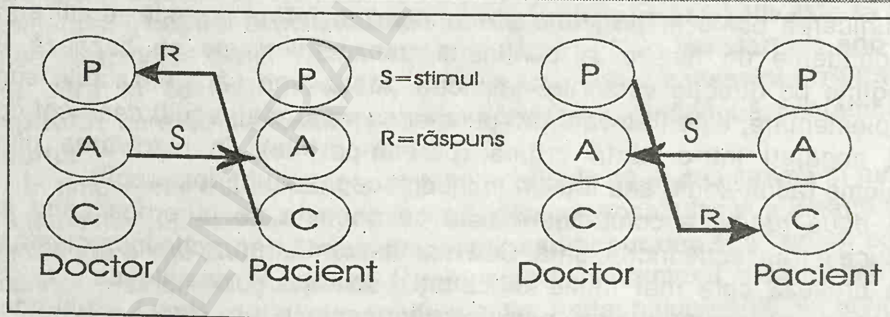
Figura 6



Un alt tip de tranzacţie este cel în care la stimulul tranzacţional adult-adult răspunsul este părinte-copil. La întrebarea de mai înainte "nu ştii unde este ziarul de azi?" răspunsul poate fi "niciodată nu ai grijă unde laşi lucrurile!".

În relaţia medic pacient acest lucru se întâmplă de pildă când la întrebarea pacientului "şi ce se poate face ca să mă vindec?" răspunsul medicului este "totdeauna veniţi în ultima clipă şi plini de pretenţii!". Acest tip de tranzacţii poate fi schematizat după cum urmează:

Figura 7



Un grad mare de complexitate au tranzacţiile ulterioare care implică activitatea simultană a mai mult de două stări ale ego-ului. Această categorie de tranzacţii stă la baza "jocurilor".

Exemplul clasic este tranzacţia angulară practicată de vânzători. De exemplu:

Vânzătorul: “Aceasta este mai bună, dar este mult mai scumpă.”

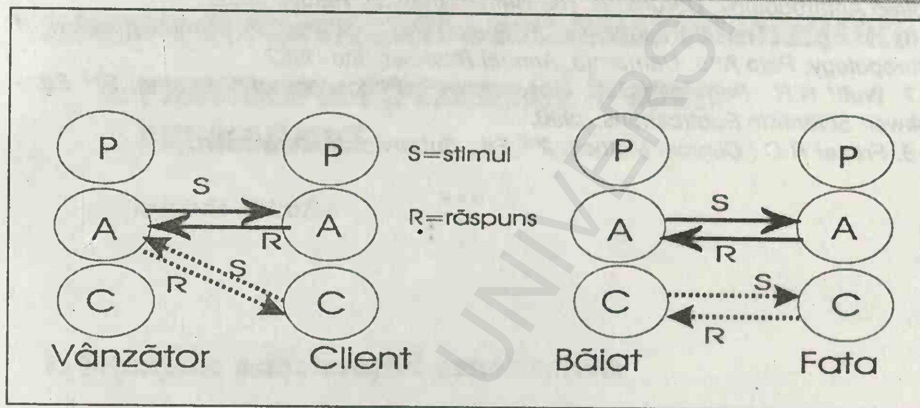
Clientul: “Ei bine, pe asta am s-o iau!”

Analiza acestei tranzacţii ne arată că vânzătorul în calitate de adult afirmă două lucruri obiective: că această marfă este mai bună şi că această marfă este mult mai scumpă. La nivel de interacţiune socială aceste afirmaţii se adresează adultului din client. Replica de adult a clientului ar fi

"aveai dreptate cu ambele afirmaţii." Totuşi vectorul ulterior sau psihologic este îndreptat de vânzătorul adult experimentat către copilul din client: "este mult mai scumpă şi deci nu ţi-o poţi permite!"

Corectitudinea judecăţii vânzătorului este confirmată de răspunsul copilului din client: "indiferent de preţ o să-i arăt înfumuratului ăstuia că şi eu pot să mi-o cumpăr" - la ambele niveluri tranzacţia este complementară deoarece replica este exceptată la nivel de adult ca un contract de cumpărare.

Figura 8



Acelaşi tip de tranzacţie se poate desfăşura între medic şi pacient.

Medicul: Pentru simptomele dumneavoastră luaţi doar aceste medicamente. Sunt comod de administrat.

Pacientul: Există şi altă metodă de tratament?

Medicul: Desigur, dar este prea complicat pentru dumneavoastră. Va trebui să ţineţi regim, să faceţi mişcare, să vă schimbaţi stilul de viaţă şi personal nu cred că aveţi voinţa necesară.

Pacientul: Ei bine, renunţ la medicamente şi-mi schimb stilul de viaţă!

Un alt tip de tranzacţie ulterioară foarte frecvent este duplexul care implică patru stări ale ego-ului. Acest gen de tranzacţii este cel mai des întâlnit în flirt şi jocuri amoroase.

Băiatul: Vino în pod să-ţi arăt observatorul meu astronomic.

Fata: Mi-a plăcut să privesc stelele încă de când eram mică.

La nivel social este o conversaţie între doi adulţi despre astronomie.

La nivel psihologic este conversaţie între doi copii despre jocul sexual. În aparenţă adultul are iniţiativa, dar ca în majoritatea jocurilor rezultatul este decis de copil, ceea ce este perceput ca o surpriză.

Analiza tranzacţională nu este o cheie universală cu care să putem deschide toate uşile ce blochează comunicarea medic-pacient, dar este fără îndoială utilă în majoritatea situaţiilor întâlnite în cabinetul medicului de familie mai ales dacă este dublată de empatia doctorului faţă de suferinţa bolnavului.

Bibliografie

1. *Engel G.L. The need for a new medical model: A chalenge for biomedicine. Science 1977; 196: 129-136.*

2. *Jansen J.M. The comparative study of medical systems as changing social systems. Soc. Sci. Med. 1978; 12: 121-129.*

3. *Bronfenbrenner U The Echology of Human Development. Cambridge, Harvard University Press, 1979.*

4. *Lazare A., Eisenthal S., Wasserman L., Hartford T.C. Patient Requests in a Walk-in Clinic. Compr. Psych. 1975; 16: 467-477.*

5. *Good M.D., Good B.J. Patients requests in primary Care Clinics, Clinically Applied Anthropology. Dordrecht, The Netherlands, D. Reidel, 1982.*

6. *Young A. The antropologies of illness and sickness. In: Annual Review of Anthropology. Palo Alto, California, Annual Reviews, Inc. 1982.*

7. *Wulff H.R., Pedersen S.A., Rosenberg R. Philosophy of Medicine, 2nd Ed. - Blakwell Scientific Publications, 1990.*

8. *Fraser R.C.: Clinical Method, 2nd Ed., Butterworth-Heinemann.*

***

Capitolul 8

ELEMENTE DE PSIHOTERAPIE A BOLNAVILOR PSIHOSOMATICI

A. PSIHOTERAPIA EXPERIENŢIALĂ ÎN BOLILE PSIHOSOMATICE

Iolanda Mitrofan

1. Principiile psihoterapiei experienţiale

Obişnuim să spunem că, în mod natural, cunoaşterea începe cu experienţa. „A fi în situaţie" sau „a fi prezent" este atitudinea prin care percepem lumea, ne dezvoltăm şi mijlocul obiectiv prin care stabilim relaţia personală cu ceilalţi şi cu lumea. Această atitudine naturală, spontană, de a experimenta realul este „poluată" de o mulţime de prejudecăţi, scheme aperceptive învăţate, stereotipii şi obişnuinţe socio-culturale, supoziţii şi dorinţe, dar ceea ce contează în primul rând este percepţia realului şi trăirea afectivă asociată ei. **Reflexia şi evaluarea, raţionalizarea şi păstrarea cunoştinţelor şi a atitudinilor** ce ne definesc, după criterii de o mare diversitate, (în funcţie de dinamica fenomenelor conştient-inconştiente, de nevoi şi de posibilităţi, de interese şi de speranţe, de frici şi de neputinţe) - toate acestea devin şi se construiesc pe sistemul nostru natural, direct, de a experimenta lumea, atât cea internă, cât şi cea externă.

Acţiunea este principiul de bază al dezvoltării, atât la nivel mental, cât şi comportamental. Noi experimentăm (acţionăm în plan intern) ori de câte ori proiectăm (gândim şi concepem strategii, operăm, analizăm şi comparăm, abstragem şi generalizăm, elaborăm soluţii şi rezolvăm, imaginăm, ne reprezentăm, visăm şi creăm). Apoi transpunem „proiectul nostru mental" în realitate, verificăm, modificăm, restructurăm ceea ce am proiectat, în contact direct cu obiectul, relaţiile şi strategiile rezultate sau puse în aplicare. Proiectul nostru mental se referă şi la propria imagine, la Eul sau Sinele nostru, autoperceput, real sau ideal, la ceea ce ştim sau nu ştim că suntem, la ceea ce

dorim sau respingem la noi înşine. Devenim persoane şi ne actualizăm Sinele, după expresia lui Maslow, restructurând continuu realitatea externă şi simultan pe noi înşine, precum şi raporturile dintre fiinţa noastră lăuntrică şi realitatea externă.

Învăţăm astfel, întreaga viaţă să participăm la marea creaţie, ca parte a acesteia şi bucurându-ne de privilegiul creativităţii şi al transformării. Puterea transformativă se exprimă însă în egală masură, în creaţie, ca şi în distrucţie. Creativitatea, ca şi distructivitatea se răsfrâng nu doar asupra exteriorului (mediului), ci şi asupra interiorului nostru. Astfel, ne putem autocrea, păstrându-ne şi sporindu-ne **sănătatea**, intrând într-un acord firesc cu mediul psihosocial şi fizic, cu ecosistemul, sau ne-o putem submina şi distruge, fie din ignoranţă, fie din iresponsabilitate, fie din uitare de Sine, fie din pierderea, pervertirea sau rătăcirea valorilor moral-spirituale.

Cu cât suntem mai puţin conştienţi de noi înşine, cu atât ne îndepărtăm de la natura noastră sănătoasă, pozitivă, deschisă, potenţial creatoare, cu resurse aproape nelimitate în a se adapta, evolua, transforma.

„Natura, din întâmplare sau din necesitate l-a făcut pe om. Omul a construit ulterior, ca fiinţă liberă şi capabilă de premeditare, propria sa umanitate. A fi om înseamnă a dori să fii liber. Dacă eu cunosc pe dinăuntru libertatea mea posibilă, inteligenţa îmi arată limitele ei", este de părere Jaquard Albert (1988).

Psihoterapia experienţială, prin accesul la natura transformărilor de sine şi a relaţiilor interumane, prin valorile ei pozitive care stau la baza înţelegerii, explorării şi asistării fiinţei umane, se constituie într-o paradigmă a restructurării şi dezvoltării persoanei, ca o cale de redobândire şi pastrare a sănătăţii somato-psiho-sociale, de prevenire a alienării. În măsura în care persoana îşi deblochează, foloseşte creativ şi dezvoltă propriile resurse, făcând faţă stresurilor şi provocărilor existenţei, printr-un proces de evoluţie conştient, autocontrolat, bazat pe libertatea alegerilor şi pe asumarea responsabilităţii, putem vorbi de **adaptare creativă**, adică de sănătate în sens larg - somatopsihic, socio-moral, interpersonal şi spiritual. Aceasta presupune angajarea persoanei într-un proces de autovindecare, **provocarea şi activarea resurselor ei compensatorii naturale**, potenţarea acestora prin regăsirea semnificaţiilor şi sensurilor reale ale existenţei.

Procesul de însănătoşire este pentru experienţialist - o redescoperire de sine, o reîntoarcere la izvoarele proprii, spontane şi pozitive, o reintegrare a experienţei impasului şi a bolii pe o altă treaptă a cunoaşterii şi pe un alt nivel al conştiinţei, o armonizare a tendinţelor contrarii printr-o clarificare de sine şi învăţarea strategiei de „a lucra asupra sieşi" şi de a te autoschimba.

Acest proces este indestructibil legat de coevoluţia spirituală, a terapeutului şi pacientului, de dubla responsabilitate a păstrării igienei psihologice şi relaţionale de către ambii, în cadrul unui proces de devenire, „creştere" şi împlinire mutuală, bazat pe respectul libertăţii valorilor şi opţiunilor.

Pentru experienţialist, sănătatea individuală nu poate fi ruptă de sănătatea socială şi de cea a mediului natural, adică de respectarea ritmurilor şi legilor naturale ale cosmosului. **Concepţia şi modalitatea de abordare este holistă. Calea este armonizarea cu sine, cu alţii şi cu**

lumea, obiectivul este **autodezvoltarea, autotransformarea sanogenă** și **autocreația**, iar **ținta este înaintarea întru cunoaștere, transcunoaștere și transpersonalizare.**

Psihoterapia experiențială are „rădăcini" în filosofia existențială și în gîndirea fenomenologică, de aceea ea pune accent pe trăirea și devenirea ființei umane, care este liberă, și prin urmare, responsabilă de propriul destin.

Devenirea personală este un proces de autocreație în care omul trebuie să se implice conștient. Terapeuții experiențialiști consideră că lucrul cel mai important care trebuie protejat la om este unicitatea sa. Fiecare dispune de un potențial latent ce se cere valorificat. Acest potențial este cea mai sigură garanție în lupta cu alienarea, cu „înstrăinarea omului de sine", cu pierderea sau blocarea spontaneității, autenticității și capacităților creative. Boala psihică poate fi considerată, din această perspectivă, drept o expresie a scăderii potențialului uman prin blocarea posibilităților de manifestare a eu-lui.

Psihoterapeutul experiențialist pune în prim-planul preocupărilor sale trăirea **emoției** și **exprimarea experienței prezente**. Principiul său de bază este experiența **„aici și acum"**, ceea ce îi permite subiectului conștientizarea propriilor percepții, emoții, gânduri și trăiri. Dobândind conștiința propriului eu, persoana va fi capabilă să se pună în acord cu semnificațiile lumii sale interne și externe și să se perfecționeze prin autorestructurare.

Relația terapeutică poartă și ea „amprenta" valorizării omului ca entitate activă, auto-afirmativă. Astfel, rolul terapeutului nu este acela de a-l modifica pe pacient, ci de a-i crea situații experiențiale prin care acesta să devină conștient de propriile disponibilități, pe care, apoi, să le pună în acțiune în scopul dezvoltării personalității.

Terapeutul experiențialist se manifestă ca o ființă omenească **disponibilă** pentru o relație echilibrată, de la adult-la adult - în care cei doi sunt **parteneri în procesul terapeutic**. Acceptarea necondiționată a experienței și valorilor clientului, încărcătura afectivă, sinceritatea și deschiderea către comunicarea verbală și non-verbală, sunt câteva dintre caracteristicile de bază în această orientare terapeutică.

Scopul procesului terapeutic este ca pacientul să obțină autonomia, apelând inițial la un sprijin. Terapeutul îl ajută pe pacient să obțină noi informații atunci când își stabilește noi scopuri. În acest demers complex, există trepte, urcușuri și coborâșuri pe care relația terapeutică le face să fie depășite mai ușor. În cadrul noilor experiențe cu sine, cu ceilalți și cu terapeutul, apar noi posibilități pentru pacient de a se „vedea" pe sine mai clar și de a beneficia de avantajele insight-urilor pe care le trăiește în timpul terapiei. Acestea devin câștiguri experiențiale ale pacientului, ajutându-l în autoacceptare.

Conceptele de bază în terapiile experiențiale sunt **spontaneitatea** și **autenticitatea**, iar instrumentul preferat este **autodezvăluirea** ca o ființă omenească autentică și afirmarea identității unice în confruntarea cu alții, cu familia, cu grupul. Atât în terapia individuală, cât și în cea de grup sau de familie, terapeutul promovează comunicarea liberă în experimentarea

interacţiunii, interesele lui fiind centrate pe stimularea comportamentului spontan şi pe trăirea sentimentelor. El este preocupat de ce simte şi cum se comportă pacientul în cadrul familiei, în situaţiile legate de serviciu sau contact comunitar, de relaţiile sale cu cei apropiaţi şi mai puţin de cauzele acestui comportament, evitând interogaţiile de tip „de ce?", precum şi interpretările. În felul acesta experienţialiştii se diferenţiază atât de psihanalişti, cât şi de comportamentalişti, dezavuând punctul de vedere determinist, precum şi abordarea manipulativă a omului.

Experienţa permite manifestarea creativităţii personale şi interpersonale, în strânsă legătură cu funcţionarea optimă a personalităţii umane. Procesul autocreaţiei implică, după Schutz (1969) 5 etape sau condiţii psihologice: achiziţia, asociaţia, expresia, evaluarea şi perseverenţa.

- **Achiziţia.** Procesul autocreativ presupune ca punct de plecare existenţa elementelor experienţiale. Acumularea lor necesită deschiderea către noi experienţe, capacitatea de a percepe mediul exterior şi de a-ţi conştientiza propriile sentimente. Elementele experienţiale înseamnă informaţia şi experienţa internalizate de individ. Persoana deschisă către experienţă, capabilă de simţire, acumulează mai multe elemente experienţiale decât persoana rigidă, care nu-şi permite manifestarea propriilor sentimente.

Atât deschiderea către experienţă, cât şi inhibiţia, se pot manifesta la niveluri diferite de conştiinţă. La nivel conştient, capacitatea de a învăţa a unei persoane este relaţionată cu dezvoltarea sa emoţională. Există multe blocaje emoţionale în ceea ce priveşte învăţarea. Anxietatea, temerile acumulate în copilărie, conflictele nerezolvate, distorsionează percepţia. De exemplu, unele persoane evită implicarea emoţională într-o relaţie, datorită temerii de respingere. A ajuta o persoană să-şi învingă inhibiţia, să devină mai deschisă către experienţă, înseamnă deblocare emoţională şi extensia conştiinţei de sine (ceea ce presupune conştientizarea propriilor sentimente).

- **Asociaţia.** Aceasta este o etapă a procesului autocreativ care se referă la combinarea elementelor experienţiale în diferite modalităţi: informaţii, senzaţii şi emoţii, toate extrem de importante pentru activitatea creativă. Şi combinarea elementelor experienţiale poate fi blocată la nivel inconştient. Multor oameni le este teamă de ceea ce le-ar putea releva inconştientul cu privire la ei înşişi. Pentru aceştia, jocul asociativ reprezintă o mare dificultate. A restricţiona manifestarea inconştientului înseamnă a-ţi limita posibilităţile de creştere.

Esenţa asociaţiei constă în realizarea de conexiuni între elementele ce nu sunt conectate în mod evident. Aşadar, dezvoltarea depinde de posibilităţile persoanei de a-şi explora gândurile şi emoţiile trăite, astfel putând descoperi relaţiile dintre ele.

- **Expresivitatea.** Atât la nivel conştient, cât şi la nivel inconştient, există limite privind expresivitatea unei persoane. Schutz consideră că educaţia tradiţională este un factor foarte important care, acţionând la nivel conştient, limitează expresivitatea unei persoane. Există norme speciale care trebuie respectate, devierea de la aceste norme putând fi interpretată ca anor-

malitate. Factorii socio-culturali acţionează însă şi la nivel inconştient. De exemplu asocierea unor manifestări artistice cu comportamente exhibitive, imorale sau iresponsabile, este un factor care blochează conştient şi inconştient - expresivitatea umană. Un pas pe calea dezinhibiţiei poate fi făcut prin crearea în cadrul grupului experienţial, a unei atmosfere de explorare reciprocă a laturii expresive a fiecărui membru al grupului.

• **Evaluarea.** Acest aspect se referă la relevanţa unui anumit comportament pentru o situaţie dată. Comportamentul rezultat în urma asocierii anumitor elemente experienţiale trebuie să fie nu numai creativ, ci şi util. Blocajele emoţionale împiedică evaluarea reală. Teama de a nu dezamăgi pe alţii, de a nu se autodezamăgi, nesiguranţa privind propria competenţă sau un perfecţionism compulsiv, reprezintă piedici în calea unei evaluări corecte a propriilor rezultate. Pe de altă parte, dorinţa de a te impune, tendinţele competitive, reprezintă piedici în evaluarea corectă a rezultatelor altora.

• **Perseverenţa.** Ideile creative şi comportamentul creativ nu sunt de ajuns pentru o autotransformare reală. Aceasta implică şi o atitudine de perseverenţă. Ideea creativă trebuie „maturată", trebuie „trăită", înainte de a fi exprimată. Lipsa de perseverenţă poate însemna pierderea unei idei valoroase. Atitudinea ostilă faţă de autoritate poate constitui unul din blocajele privind perseverenţa.

Unii oameni se confruntă permanent cu autoritatea negativă internalizată, ceea ce îi împiedică să finalizeze un act creativ, inclusiv cel de a se autotransforma. „Pot face ceva mai bun decât ceea ce au făcut specialiştii din acest domeniu", spun cei care nu şi-au rezolvat conflictele legate de autoritate.

Psihoterapiile experienţiale deschid o poartă către un mod mai sănătos de a fi şi de a acţiona al fiinţei umane aflate în dificultate psihologică, interpersonală, dar şi în impas psihopatologic. Pe de altă parte, ele constituie căi valide în optimizarea comportamentului şi performanţelor umane, având valenţe formative recunoscute în special în instruirea academică a profesioniştilor psihoterapeuţi, consilieri educaţionali şi de familie, a tuturor specialiştilor în relaţii umane şi dezvoltare personală. De aceea încercăm să complementăm puţinele resurse informaţionale româneşti în acest domeniu, precum şi numărul redus al traducerilor care s-au făcut după 1990, dominate de lucrările fundamentale ale psihanalizei. În completarea acestora, având în vedere unele izvoare psihanalitice şi analitice preţioase (în special cele identificate în operele lui C. G. Jung şi W. Reich), pe care orientarea experienţialistă le recunoaşte, asimilându-le şi diferenţiildu-le totodată de ele, prin infuzia gândirii fenomenologice şi umanist-existenţialiste, ne propunem să umplem o lacună informaţională, referitoare la un domeniu încă incomplet cunoscut şi exploatat*.

* *v. I. Mitrofan şi colab. „Psihoterapia experienţială". Editura Infomedica, 1997*

Sperăm să oferim în continuare o mostră de realitate psihoterapeutică vie, decupată din experienţa noastră clinică.*

2. Rezultatele unui model recuperator experienţial, bazat pe analiza bioenergetică şi gestalt-terapie în cazurile cu torticolis de etiologie şi expresie psihogenă

Oscilând între tulburare neurologică şi pseudoneurologică, asimilabil adesea nevrozelor motorii sau tulburărilor conversive cu simptom motor sau deficit (D.S.M. IV, cod 300.11, American Psychiatric Association. 1994, p. 221), atât prin complexul etiologic psihogen, cât şi prin absenţa substratului organic decelabil - torticolisul spasmodic ridică semnificative şi dificile probleme de evaluare şi recuparare, având în vedere slaba responsivitate în tratamentul farmacologic, fizio- şi chinetoterapeutic, în sensul recidivelor sau slabelor ameliorări.

Pornind de la această realitate, abordarea noastră este neconvenţională şi reflectă principiile psihoterapiei holiste şi reconstructive, de orientare experienţială, incluzând două dintre principalele metode terapeutice ale domeniului: analiza bioenergetică (A. Lowen) şi gestalt terapia (F. Perls şi continuatorii).

Ea îşi propune să dinamizeze creativ şi să restructureze resursele psiho-fiziologice şi postural-kinestezice ale personalităţii pacientului, într-o tentativă de restructurare a gestaltului funcţional. Tulburarea psihogenă care se revelează sub forma dramaticului şi spectaculosului torticolis (fie în varianta spasmului de torsiune, fie în cea hipotonă - rigidizarea gâtului orientat antero-lateral) constituie un eveniment clinic rar, dar cu marcat potenţial invalidant.

Pendulând între cabinetul de neurologie - cu sau, de cele mai multe ori, fără indicaţie operatorie, şi cabinetul de psihiatrie, după ce a parcurs inevitabil tratamente farmacologice paleative şi fizioterapie, fără ameliorări semnificative sau stabile, după ce şi-a investit speranţele în acupunctură sau în masajul bioenergetic miraculos al vreunuia dintre vindecătorii la modă, bolnavul cu torticolis ajunge întâmplător şi la uşa cabinetului de psihoterapie. La capătul unui drum sinuos de cca. 1-2 ani de la debut şi chiar 4-5 ani de evoluţie, acest bolnav aflat în căutarea vindecării, lipsit de speranţă, demisiv, cu atitudini sociofobe şi depresat - se confruntă cu alternativa pensionării de invaliditate.

Ceea ce la început părea doar o incomodă contractură a gâtului, devine treptat o adevărată „teroare psiho-corporală"- un simptom rezistent şi invalidant, pentru că el se complică şi se structurează postural şi mental. Torticolisul conduce la un veritabil deficit de deplasare, coordonare şi integrare socială. Bolnavul se deplasează cu mare dificultate, coloana vertebrală („axul vieţii") comportă prefaceri de mecanică şi implicit,

---

** I. Mitrofan, Rev. de Expertiză Medicală şi Recuperare a Capacităţii de Muncă. nr. 2, vol. 1, 1995, p. 137*

funcţionale: el nu mai are siguranţa deplasării pe direcţia autopropusă, apar tulburări de echilibru şi senzaţia de „mers deviat”. Obosit, bolnavul îşi simte umerii şi ceafa crispaţi ca într-o „carcasă”, muşchii sternocleidomastoidieni prezintă contracturi penibile, dureroase şi sunt percepuţi ca pe „nişte coarde prea scurte sau rigide”, capul alunecă involuntar, se torsionează spastic în poziţii dintre cele mai spectaculoase.

Situaţia este trăită dramatic şi jenant de către bolnav. Ritmul respirator este perturbat, dispneea însoţeşte orice efort minimal, şi uneori, chiar simpla conversaţie.

Bolnavul de torticolis, a cărui **organicitate este infirmată** total sau parţial de neurolog şi al cărui **caracter nevrotic este confirmat de psihiatru** - devine repede un invalid pentru că tendinţa la cronicizare şi fixare este importantă în această afecţiune. Anxietatea şi depresia uneori preced, dar aproape întotdeauna însoţesc simptomul de bază, dezvoltându-se insidios, cu tendinţă la integrări antropofobe şi claustrare la domiciliu, consecutivă.

1. Cine şi cum este bolnavul de torticolis psihogen? Profilul personalităţii.

Personalitatea premorbidă* a pacientului de torticolis, aşa cum se developează ea prin analiza efectuată de-a lungul a 15 ani pe o cazuistică incluzând 25 de cazuri selectate şi tratate în psihoterapie (v. I. Mitrofan, 1995, p. 137-143) circumscrie următoarele aspecte:

- Fondul structural: introversie, anxietate bazală, scrupulozitate şi pedanterie, sentimente de autoinsuficienţă, spirit critic excesiv, cu efort de autoreprimare, super-ego de tip „sadic”.
- În planul manifestărilor conştiente: crispare şi rigiditate ideativă, afectivă şi posturală, condiţionate educaţional, hiperexactitate, senzitivism relaţional reprimat, sentimente de jenă şi inadecvare, disconfort psihic, autopuniţiune, tendinţă la ruminaţii obsesive pe nucleu complexual de inferioritate. În copilărie - tată hiperautoritar, rigid, mamă rejectivă, rece; conjunctura generatoare de complexe de autoritate şi castraţie. Dificultăţi de decizie, insecuritate după luarea oricărei decizii cu grad crescut de resposabilitate. Trăiri de panică în situaţii de pericol iminent, (în special în cazul femeilor).
- În planul mecanismelor profunde, inconştiente: dificultăţi de integrare a schemei corporale, având drept consecinţă slaba conştientizare a acesteia prin mecanism de autonegare; tendinţă la rejecţia propriului corp cu proiecţie senzitivă în anturaj şi eventual în partenerul sexual, conjugal. Dificultăţi în acceptarea identităţii psihosexuale, cu reflexe negative în asumarea şi exercitarea rolului sexual în general. Complexe de masculinitate/feminitate, anxietate, tulburări de dinamică sexuală la barbaţi şi frigiditate la femei, decepţii erotice la ambele sexe, corelate subiectiv cu perioade de surmenaj sau suprasolicitare.

Toate acestea susţin ideea că instalarea bolii angajază, pe fondul unei personalităţi fragile, cu o istorie de viaţă similară în anumite secvenţe importante - mecanisme conversive dintre cele mai sofisticate, cu proiecţie

în sfera funcţionalităţii şi a expresivităţii corporale, cu tendinţă la fixare. „Metafora corporală" simptomatologică traduce fidel şi rezonant interiorul ideo-afectiv şi atitudinile fundamentale faţă de sine şi faţă de ceilalţi. Căci ce altceva **poate exprima simbolic spasmul de torsiune decât evitarea de sine sau a altora, fuga de sine şi de alţii, într-un efort inconştient de autoapărare patologică, dintr-un impuls primar de evadare din „capcana inconfortabilă a propriei fiinţe" corodate cronic de un profund sentiment de inadecvare?!**

Asistând la „spectacolul " propriei corporalităţi scăpate de sub control voluntar, pacienţii dezvoltă consecutiv tendinţe antropofobe, deşi, compensator, ego-ul se exacerbează, orgoliul excesiv şi jena de a se expune se combină, toleranţa la frustraţie scade, iar nevoia de recunoaştere şi susţinere creşte, cel puţin în familie. Totul conduce inevitabil, spre o supratensiune psihică tradusă morfo-funcţional.

2. Simptomul-ţintă din perspectiva obiectivelor şi modelului terapeutic aplicat

Simptomul-ţintă: Torticolisul este abordat ca modalitate deturnată de „rezolvare patologică" a conflictelor intrapsihice multiple şi de blocare a fluxului energetic la nivelul zonei cervico-humerale.

Obiectivele psihoterapiei decurg din necesităţile de reechilibrare a raporturilor cognitiv-emoţionale ale insului cu sine şi apoi, cu ceilalţi, şi în primul rând, din cele de acceptare şi evaluare corectă a identităţii sale psihocorporale, precum şi de creştere a autoreglajului voluntar. Aceasta presupune o conştientizare şi o înţelegere a semnificaţiilor manifestărilor corporale simptomatologice, precum şi o mobilizare a resurselor energetice de autoreglare în sensul depăşirii impasului şi creerii unui nou gestalt funcţional optim.

Lucrul cu corpul este o modalitate terapeutică integrată unui proces analitic şi este extrem de apreciată actualmente de numeroşi specialişti din domeniu. Este cunoscută sub numele de „analiză bioenergetică", fiind dezvoltată conceptual în 1953 de către Wilhelm Reich (cel care i-a fost analist lui Perls) şi structurată terapeutic de elevul acestuia - Alexander Lowen (1958, 1972, 1975, 1984). Tehnica analizei bioenergetice se bazează pe ideea corespondenţelor dintre idee, emoţie şi mişcare, aşa încât resursele energetice de care dispune omul să poată fi reactivate şi redirecţionate terapeutic. Calea sau vehiculul prin intermediul căruia pot fi modificate procesele energetice o constituie **respiraţia şi mişcarea**, asociate conştient, într-un pattern armonios, sinergic, adaptativ. Din acest punct de vedere, gestalt-terapia se întâlneşte şi se completează benefic cu analiza bioenergetică, ele putând fi asociate în cadrul unei abordări terapeutice holiste.

Tehnicile active, sub forma exerciţiilor corporale şi respiratorii sunt de natură să activeze sentimentele blocate şi să le repolarizeze pozitiv. Legătura existentă între emoţiile reprimate, respiraţie şi mişcarea spontană, este cheia înţelegerii simptomelor corporale ca „traductori" ai stărilor

mental-emoţionale experimentate de subiect. Oamenii învaţă de timpuriu, că sentimentele dureroase sau ameninţătoare pot fi suportate mai bine prin reţinerea respiraţiei (reflex de autoapărare care le reduce intensitatea şi uneori, le suprimă), ca şi prin blocarea mişcării spontane - manifestată prin tensiuni sau rigidităţi musculare. Lowen consideră că fiecare muşchi tensionat cronic reflectă un conflict interior între impuls sau sentiment şi exprimarea acestora. De exemplu, o mandibulă încleştată poate semnifica strădania subiectului de a-şi ascunde, masca sau reţine impulsul de a „muşca" (concordant cu orientarea agresivă a acestuia faţă de cineva sau ceva), dar persoana nu va conştientiza semnificaţia acestui impuls, deoarece inhibiţia mişcării spontane, blochează percepţia sentimentului. În acelaşi mod, un gât rigid, înţepenit, poate ascunde impulsurile de a plânge sau de a ţipa (supărarea şi mânia sunt astfel reprimate), iar un gât spastic, fără etiologie organică poate „traduce" teama sau nevoia de evitare, negare a ceva sau a cuiva. În aceeaşi ordine de idei, umerii tensionaţi exprimă impulsurile reţinute de a lovi sau de a lua ceva, etc. Toate aceste tensiuni musculare cu mecanism inconştient acţionează, de asemenea şi pentru a reduce respiraţia - corelată direct cu nivelul negativ al emoţionalităţii. Un gât „rigid" contribuie la reducerea cantităţii de aer care intră şi iese din plamâni, după cum un abdomen „rigid" limitează profunzimea respiraţiei, deşi, în acelaşi timp, reduce emoţiile negative. Astfel, expresii ca „a râde din rărunchi" acoperă o realitate psihofiziologică, aceste manifestări fiind imposibile în stările de crispare mental-musculară, specifice şi bolnavului de torticolis.

Tensiunea musculară cronică imobilizează corpul care „se mortifică" treptat, traducând contractura ideo-afectivă dureroasă, iar aceasta produce, în continuare, recurent, tensiune musculară (ca fenomen de „autoprotecţie patologică"). O persoană rigidă mental este şi rigidă corporal, iar rigiditatea corporală mortifică emoţionalitatea. În terapia bioenergetică, pacientul experimentează şi conştientizează, „aici şi acum", rigiditatea ca „mortificare" personală şi relaxarea, mişcarea şi respiraţia, ca posibilităţi autocreative, de reconfigurare a complexului mental-corporal. Aceasta necesită, pe lângă exerciţiile propriu-zise şi analiza sentimentelor şi integrarea polarităţii lor printr-un dialog gestaltist, bazat pe întrebările de bază: „ce simţi? "; „ce trăieşti?", „ce experimentezi, acum şi aici? ". Scopul declarat al acestui dialog este de a-l ajuta pe client să conştientizeze chiar modul în care poate conştientiza, pentru ca apoi să se poată autodepăşi, dezvolta, operând cu resursele energetice şi creative ale întregului organism.

Din motivele conceptuale dezvoltate mai sus şi raportat la obiectivele recuperatorii pe care ni le-am propus, am optat pentru un model psihoterapeutic neconvenţional, bazat pe tehnicile asociate ale gestalt-terapiei şi analizei bioenergetice, cu integrarea unor procedee de inspiraţie orientală (preluate din Yoga şi Qi Gong). Premisele de la care am pornit, postulează ideea că simptomul-ţintă cu tot cortegiul său de dificultăţi diskinetice şi afective devine „un limbaj corporal" cu dramatică expresivitate, traducând „mesajul" personalităţii în dificultate. Acest mesaj se referă la:

- negarea surselor de conflict intra- şi interpsihic, prin reprimarea mâniei cu expresie corporală în spasmul de torsiune sau în rgidizarea gâtului cu orientarea capului antero-lateral. Cu alte cuvinte, pacientul se opune, îşi exprimă dezacordul printr-un NU corporal, refuză sau evită ceva cu valoare psihotraumatizantă;

- frica de propria identitate psihosomatică şi de modul în care este perceput şi evaluat de către alţii. Acesta este nucleul complexului senzitiv de inferioritate, frica de rejecţie, tradusă simbolic prin postură încordată, involuntar rigidă, supracontrolată gestual, în atitudine de apărare. Pacientul se comportă de parcă s-ar aştepta să fie agresat. El are o atitudine corporală de fugă din faţa unui pericol imaginar (când gâtul este antrenat în spasmul de torsiune) - fie o atitudine de împietrire, de imobilitate, de rezistenţă pasivă în faţa aceluiaşi pericol iminent, în formă hipotonă, cu rigidizarea gâtului şi înclinarea sa spre partea stângă sau dreaptă. Aceasă lateralitate nu este nici ea întâmplătoare. De cele mai multe ori, am observat că ea este declanşată şi fixată ca deprindere posturală de către un stimul sau o situaţie psihotraumatizantă de care bolnavul „s-a ferit", prin înclinarea capului, spontan, în partea opusă acţiunii stimulului implicat. Modelul mişcării iniţiale asociate puternicei tensiuni emoţionale negative, din istoria de viaţă particulară a pacientului are tendinţa la a se relua circular şi fixa ca deprindere posturală patologică. De exemplu, în cazul unui pacient, am reconstituit prin tehnica focalizării prin imaginare ghidată scenariul unei situaţii de pericol iminent, la care asistase în momentul producerii pentru prima dată a spasmului de torsiune (subiectul asistase la iminenţa accidentării unui copil, într-o intersecţie, de către un vehicul care se apropia în viteză, dinspre partea stângă a subiectului şi pe care nu putuse să-l împiedice, fiind „ţintuit locului" din cauza fricii). Gestul lui spontan care a însoţit tensiunea negativă deosebită a fost de a-şi orienta capul spre dreapta, gest involuntar, pe care l-a repetat ulterior, din ce în ce mai frecvent, în special în situaţiile de stres, griji, luarea unor decizii cu risc şi responsabilitate. Pacientul trăia într-o situaţie de conflict intern, pe fondul căreia se declanşase o crescută susceptibilitate în a se simţi agresat şi puniţionat moral. El îşi reprima astfel tot mai profund, sentimentul de culpabilitate.

O pacientă care prezenta din mica ei copilărie o zonă cu alopecie (chelie), situată în dreptul lobului temporal drept, se obişnuise, pentru a-şi masca defectul să-şi încline uşor capul antero-lateral, spre dreapta, aşa încât să-i ofere interlocutorului doar imaginea sa acceptabilă. Torticolisul s-a declanşat însă prin întărirea sentimentului de autorespingere pe care l-a retrăit şi reprimat, în contextul unui mariaj încărcat de violenţe. Soţul său, sub influenţa alcoolului, o agresa frecvent, pălmuindu-i de preferinţă chiar obrazul stâng, mai expus bătăii, prin poziţia defectuoasă a pacientei. Pălmuirea, antrena însă şi mişcarea de rotaţie involuntară a capului, care continua să se mişte spasmodic şi după încetarea agresiunii. Fixarea gestului s-a produs prin reprimarea plânsului şi ţipetelor, în efortul conştient al pacientei de a nu fi auzită de vecini şi respinsă afectiv de aceştia.

Sentimentul de jenă se amplifică astfel pe fondul temerii de respingere, iar tensiunea emoţională perturbă controlul voluntar al mişcărilor capului şi se convertesc simbolic în spasmul involuntar de torsiune.

3. Desfăşurarea procesului terapeutic

Decodificarea „mesajului" patologic şi a împrejurărilor care l-au exacerbat şi fixat în simptom, prin intermediul etapei de conştientizare focalizată gestaltist, asociată ca analiză, a permis conceperea şi nuanţarea „scenariului terapeutic" din punct de vedere al tehnicilor utilizate.

Etapa 1. Iniţial, pe parcursul a trei-patru şedinţe, am cuplat tehnica analitică orientată asupra trecutului cu o tehnică gestaltistă de readucere şi retrăire în prezent a elementelor implicate în modificările expresive ale posturii. Am focalizat apoi conştientizarea asupra percepţiei schemei corporale şi tonusului muscular, lucrând pe integrarea polarităţilor. Am insistat în conştientizarea prin descoperire a corelaţiilor dintre emoţii, gând şi mişcare şi poziţie (lucrul cu corpul), a raporturilor de consonanţă şi respectiv disonanţă între mental şi corporal. În acelaşi scop am iniţiat pacienţii în câteva tehnici de respiraţie conştientă, controlată, începând cu ciclul respiraţiei abdominale şi apoi, exersând ciclul respirator complet. Concentrarea asupra ritmului respirator ca şi practica egalizării conştiente a timpului de inspir şi expir, într-un ritm natural, propriu subiectului (3 cu 3 timpi, sau 4 cu 4 timpi), în corelaţie directă cu starea de calm şi deconectare a constituit un obiectiv important al acestei prime etape.

Etapa 2. După câteva şedinte de familiarizare şi de motivare adecvată, am introdus în programul terapeutic o tehnică hipnoterapeutică de tip sophronic, constând în inducţie lent-progresivă a relaxării psihomusculare, cu accent pe activarea circulatorie şi energizarea uniformă, cvasitotală a corpului, începând din zona membrelor inferioare. După declanşarea catalepsiei pleoapelor, fie prin tehnica focalizării punctului dintre sprâncene, fie prin concentrare pe liniştirea ritmului respirator, am procedat la o relaxare corporală globală, începând cu degetele picioarelor, tălpi, glezne, muşchii inferiori ai picioarelor, genunchi, coapse, abdomen, plex solar, torace, baza gâtului, umeri, braţe, palme, degete. În aceleaşi ordini de focalizare, am provocat ulterior subiectul să lucreze prin **conştientizare focalizată, menţinându-se şi experimentând conştient senzaţiile corporale şi alternanţa tensiunilor cu relaxarea**, completând şi aprofundând la nivelul integrării conştiente ceea ce iniţial a fost practicat pe fondul transei lejere, deci cu o mai redusă participare conştientă. În aceasta constă şi caracterul **neconvenţional** în care am complementat tehnici terapeutice aparţinând unor **abordări relativ diferite**. Pentru noi, importantă este conexiunea pe care aceste tehnici o pot crea în refacerea părţilor interne aflate în conflict, în scopul unirii eu-lui şi completării ciclului gestaltului. Am aprofundat exerciţiile pe fond de relaxare şi de supravigilitate consecutivă, practicând şi tehnica inducţiei focalizate a lui Zlocker, cu integrarea muncii de conştientizare şi experimentare a senzaţiilor, ceea ce a a condus treptat la dobândirea capacităţii de autoinducţie şi control

asupra senzaţiilor de căldură concentrată şi dispersată în zonele corporale de interes (cervico-dorso-lombară, humerală, braţe, palme, degete, cu revenire în zona gâtului). Am pus accent şi pe amplificarea progresivă a suportului verbal imagistic, plastic, evocator al senzaţiilor de căldură profundă, invadantă, înmuiere, flexibilizare, topire, uşurare, eliberare. Lucrul cu corpul s-a folosit astfel şi de **tehnica vizualizării ghidate**, ceea ce a crescut controlul subiectului în procesul de autorestructurare. Scenariul imagistic de restructurare mentală a schemei corporale a fost particularizat de la caz la caz şi conceput în colaborare cu pacientul, el descoperind cele mai reprezentative **metafore personale utilizate în restructurare**. Acolo unde clientul s-a dovedit mai puţin imaginativ, terapeutul a ghidat activ metaforizarea cu scop de restructurare, propunând exerciţii cum ar fi: imaginarea schemei corporale în mişcare transformativă constând în flexibilizarea corpului şi lungirea sa între „cer şi pământ", progresiv, urmată de revenirea autocontrolată într-o dimensiune optimă şi la o postură echilibrată, simetrică, în conformitate cu modelul mental pozitiv, dezirabil, autoproiectat. Seria exerciţiilor mentale se încheie cu un exerciţiu cefalic şi de reintegrare armonioasă a întregii scheme corporale restructurate în mediu. Variabil s-a asociat şi tehnica orientală Rey Qi (constând în aplicarea palmelor terapeutului, direct sau în zona de contact a câmpului bioenergetic al persoanei), ţinând cont de polarizarea diferită a palmelor terapeutului (stânga negativ, dreapta - pozitiv, în corelare directă cu orele de maximum bioenergetic, respectiv în cazul nostru, orele 9-11 şi 15-17). Conform studiilor în domeniu, palma stângă acţionează ca absorbant, dispersator, iar palma dreaptă ca emiţător, corector al fluxului energetic diminuat sau blocat. În funcţie de particularităţile subiecţilor noştri am observat că utilitatea paselor bioenergetice palmare este diferită. Astfel, bărbaţii au beneficiat mai mult de contactul palmei stângi, ceea ce sugerează indirect existenţa unui posibil exces energetic de tip Yang în zona superioară a corpului (aceasta se corelează, de altfel şi cu tulburările de dinamică sexuală semnalate), torticolisul manifestându-se în contextul acestui dezechilibru energetic. Femeile au beneficiat mai curând de aplicaţiile palmei drepte, ceea ce ne-ar putea sugera prezenţa unui deficit energetic sau a unui blocaj, implicat în perturbarea respectivă. Menţionăm însă că, în faza iniţială a terapiei, majoritatea pacienţilor prezentau o necesitate crescută de absobţie bioenergetică, adesea conştientizată şi comunicată din proprie iniţiativă de către subiect. Aceasta susţine posibilitatea mai curând a unui **blocaj** sau **deficit energetic în zona simptomatică**, în special în formele de torticolis **hipoton**. În formele **spastice**, e de presupus un **exces energetic** de tip Yang, care se cere „drenat" prin pase corespunzătoare.

Etapa 3. Pe măsura înaintării în procesul terapeutic, după cca, 10-15 şedinţe de relaxare şi conştientizare a unui nou gestalt integrativ mental-corporal, am introdus exerciţii de modificare a posturii vicioase, a coloanei vertebrale, a gâtului şi a modalităţii de orientare a privirii în mediu, precum şi de experimentare a mersului ritmic, armonios, conectat la ritmul

respirator conştientizat. S-a lucrat şi asupra deblocării mişcărilor de balans ritmic al braţelor, insistându-se asupra conştientizării şi exprimării emoţiilor asociate şi acelaşi lucru, pentru picioare. Asocierea unor pattern-uri specifice de mişcare corporală şi respiraţie controlată, a constituit paradigma de bază a acestui antrenament al conştientizarii şi autoreglării. Menţionăm că nu am practicat o kinetoterapie de factură uzuală, ci un model mental-corporal de autorestructurare prin experimentare şi conştientizare activă, creativă. Activarea resurselor s-a bazat pe trepiedul:

- model mental, imagistic;
- orientare verbală a mişcării euritmice;
- acţiune creatoare conştientă (exerciţiu), cu feed-back-urile necesare.

Restructurările (câştigurile) terapeutice s-au bazat pe:

- simetrizare posturală (atât în plan ideativ, cât şi motor), prin următoarele tehnici (care au acţionat ca nişte căi de reperizare în experimentarea deplasării):
- orientarea privirii simultan cu mişcarea lentă, conştientă, voluntară a capului, pe linia imaginară a unor largi semicercuri, situate la distanţe din ce în ce mai mari de corp;
- fixarea privirii pe obiecte situate la distanţă mare, cu conştientizarea detaliilor din ce în ce mai fine (focalizarea atenţiei pe obiect extern - tehnică preluată din Yoga);
- parcurgerea conştientă, mentală, a drumului până la obiectul concentrării şi îndărăt, cu reluarea ciclului şi complicarea lui, progresiv cu alte exerciţii de urmărire (trasee orizontale, verticale, cercuri, diferite forme-exerciţiu pe care l-am denumit „plimbarea privirii" sau „mângâierea cu privirea" simultan cu respiraţia calmă, egală, completă.
- mersul conştient-ritmic, cadenţat şi flexibil, elegant, cu sprijin verbal de concentrare pe numărătoare, asociat cu o ritmare calmă a respiraţiei de tip abdominal, apoi cu mărirea treptată a timpului de expir într-un raport dublu faţă de timpul de inspir (3/6 sau 4/8) - exerciţiu preluat din seria pranayamelor (Yoga) cu scop de „dezintoxicare".
- asocierea unui număr variabil de exerciţii respiratorii, după caz, de tip dezanxietare, purificare, calmare, etc. Din seria celor mai utilizate menţionăm exerciţiul respiraţiei alternative (pe Ida şi Pingala), în cicluri repetate de 3 ori pe zi, câte 5-6 exerciţii, exerciţiul de expir prelungit, eliberator „Ha", exerciţiul celor 5 silabe emise pe expir din practica Qi Gong;
- corecţia simetrizării poziţiei umerilor, iniţial cu sprijin subaxilar (o carte) pentru umărul denivelat, ulterior prin fixarea voluntară a braţelor la spate, în timpul mersului ritmic. De un real folos a fost practicarea unor posturi (asane) din Hatha Yoga, axate în special pe conştientizarea şi activarea coloanei vertebrale şi a simţului echilibrului. Corecţia mersului prin flexibilizarea mişcărilor s-a făcut în trepte, parcurgându-se în mod experimental un mers pendulator intenţional, cu proiectarea toracelui în faţă şi vizualizarea mişcărilor capului ca şi cum ar fi acţionat de un resort elastic. Aceste exerciţii se transformau treptat într-o **formă de expresie corporală** estetică, un adevărat **„model de dans personal"**, bazat pe miş-

cări din ce în ce mai ample, mai libere. Astfel, crisparea, ca şi torsiunea involuntară a gâtului au putut fi progresiv autoreglate, subiecţii învăţând şi exersând ulterior o ritmică armonioasă, bazată pe sincronicitatea proiectului imaginativ-ideativ cu respiraţia adecvată şi mişcarea liber-reglabilă. Pacienţii au experimentat cum pot să-şi creeze o imagine corporală acceptată, care să elibereze mişcările optim, căpătând din interior modelul posturii simetrice şi eliberate, siguranţa necesară restructurării şi preluării controlului postural. Exersarea conştientă a dus la rezultate stabile, după cca 8-12 luni de tratament intensiv, reluat în cicluri, între care subiecţii îşi continuau pe cont propriu programul. Pe măsură ce s-a produs „creşterea psihologică", extinderea conştientizării de sine şi integrarea polarităţilor, corecţia şi depăşirea simptomului s-a produs în grade variabile, ţinând de durata şi perseverenţa tratamentului, de calitatea contactului terapeutic şi de susţinerea proterapeutică a mediului familial şi a personalului de îngrijire, pe perioada spitalizărilor. În unele cazuri, s-a practicat progresiv tratamentul în regim semiambulator şi apoi ambulator.

Esenţială a fost pe parcursul întregii psihoterapii, facilitarea şi cultivarea sentimentului de **autoacceptare** şi, mai ales, dobândirea **atitudinii de a fi liber interior**. Libertatea interioară a constituit baza pe care s-a creat pas cu pas şi libertatea în planul mişcărilor şi acţiunii, fluidizarea posturii expresive, comunicante.

Exprimarea unui caz ni se pare relevantă pentru experienţa terapeutică trăită: „Am scăpat din capcană". Colaborarea cu pacienţii a stimulat şi propria lor **creativitate în planul mişcărilor şi posturii**, unii dovedind reale disponibilităţi de inventare a unor jocuri de mişcare ritmică, armonioasă, corespunzătoare dobândirii unei dezinvolturi posturale. Astfel, un exerciţiu de **balans corporal lateral**, gândit şi trăit ca o mişcare lină de plutire a unei bărci pe valuri, sau a unui leagăn sau a unui pendul, practicat ca o tehnică meditativă a ajutat mult la diminuarea contracturii gâtului, capul fiind imaginat ca susţinut de un resort elastic, liber.

Modelul mental adecvat, (trăit ca imagine plastică), cuvântul sugestiv, acţiunea propriu-zisă experimentată în realitate (privire, mişcare, deplasare) şi respiraţia controlată, calmă, au constituit cei 4 piloni ai reconstrucţiei prin conştientizare a unui nou model psihocorporal, care a rezolvat sau ameliorat până la suportabil simptomul de bază.

O consecinţă importantă a terapiei a fost o restructurare spiritual-atitudinală a pacienţilor, care au înţeles că suferinţa poate deveni un prilej de autodezvoltare a resurselor, de autodepăşire, regăsire şi acceptare de sine, precum şi de transformare benefică. Reînnodarea speranţei a deblocat, încă o dată „performanţa":

Bibliografie

1. *Lowen A. The Language of the Body, New York, Macmillan, 1967.*
2. *Mitrofan Iolanda. Psihoterapia Experienţială, Ed. Infomedica, 1997, 53-59.*
3. *Mitrofan Iolanda. Psihoterapia Experienţială - O Provocare la Creştere. Rev. Psihoterapia Experienţială, 1998, 1, 1-3.*
4. *Perls F.S. The Rules and Games of Gestalt Therapy. In: Levitsky A, Gestalt Therapy Now: Theory, Tehniques, Applications, Penguin Books Ltd., Harmonworth, Midllesex, England, 1970.*
5. *Reich W. "La fonction de l'orgasme", L'Arche Editeur, Paris, 1972.*
6. *Schutz W. Joy Expanding Human Awarness, New York, Ever Green Black Hat, 1969.*

***

B. IMPACTUL PSIHOSOMATIC AL MUZICII - PREMISĂ A MUZICOTERAPIEI

Ioan Bradu Iamandescu

A. IMPACTUL NEUROFIZIOLOGIC ŞI PSIHOLOGIC

1. Consideraţii neurofiziologice asupra efectelor biologice ale muzicii

Pentru medicină - interesată în aplicarea muzicii în scopuri terapeutice (muzicoterapia) dar şi ca un element încadrat într-o conduită complexă antistres - este importantă analiza efectului pe care îl are muzica asupra organismului uman, sistematizat de Raoul Rousseau, ca fiind exercitat asupra a trei "compartimente" fundamentale, cu rol de receptor al muzicii: senzorial, afectiv şi intelectual.

Şi Beethoven denumea muzica drept "inelul de căsătorie între viaţa spirituală şi cea a simţurilor". Pentru psihosomatician, format în spiritul aplicării în practica medicală, diagnostică şi terapeutică a unităţii dintre psihic şi somatic, prezintă un interes deosebit, nu atât fascinanta lume a interpretării mesajului muzical şi nici chiar infinitele posibilităţi de ameliorare a suferinţelor psihice prin muzică, ci în primul rând, răsunetul acesteia asupra activităţii Somei (viaţa somato-viscerală). Însă el va trebui să nu omită nici un moment faptul că răsunetul psihosomatic al muzicii depinde într-un mod - direct sau indirect, analog sau aleator - de ceea ce "se întâmplă" la nivelul experienţei intelectual-afective a subiectului, în timpul audiţiei muzicale.

Considerăm că, în primul rând, este necesar să menţionăm cele două niveluri de comunicare pe care le oferă muzica: cel non-verbal (sau infraverbal) - muzica "pur" instrumentală şi cel verbal - muzica vocală (amplificare explicată prin limbaj verbal, a mesajelor transmise de muzica "pură").

În fiecare din cele două niveluri de comunicare, faptul că muzica - lipsită de cuvinte - are "înţelesurile" ei (subtile, adesea), obligă la o decodificare grevată de multe "riscuri" în corectitudinea recepţionării mesajului. Ele sunt legate de caracteristicile muzicii (inclusiv ale autorului ei), dar şi de cele ale ascultătorului, precum şi de o serie de factori conjuncturali extrem de variaţi. "Riscurile" de care am pomenit pot constitui sursa unor intersante şi pline de farmec excursii în imaginar, din partea ascultătorilor (sporite şi de factorii conjuncturali, precum şi de lipsa unui înţeles pe care muzica vocală şi cea instrumentală "cu program" îl dau în operele respective).

Cu sau fără "aventură în imaginar", muzica prezintă două categorii de mesaje: apollinic (inducând o stare de relaxare) şi dionisiac (caracter stimulant, mergând până la angrenarea unor expresii corporale, culminând cu dansul). Toate aceste stări emoţionale, ca şi ideile sugerate de muzică sunt trăite la nivelul experienţei psihice a subiectului şi repercutate prin intermediul relaţiilor cortico-somato-viscerale, asupra activităţii aparatului locomotor şi a organelor interne (prin antrenarea sistemelor reglatorii psiho-neuro-endocrino-vegetative şi, încă insuficient precizată în domeniul muzicii şi a sistemului imun).

Sistemul limbic, constituie - după Ruch - sediul integrării experienţei psihice "transmise organelor interne prin conexiunile sale cu lobul frontal, relaţiile cu talamusul (considerat ca "sediu al trăirii subiective") şi cu hipotalamusul (considerat "creierul vegetativ", deci reglator al activităţii organelor interne).

Referitor la emoţiile care acompaniază, de regulă, perceperea muzicii, se cuvine să menţionăm câteva teorii referitoare la mecanismele lor de formare: teoria "cortico-talamică" a lui Papez, care indică sediul cortical - ce prelucrează informaţia într-o varietate de forme - şi talamic, al trăirilor subiective, şi teoria "activatoare" a lui Arnold, ce se bazează pe indicarea Sistemului Reticulat Activator Ascendent (SRAA), ca sediu al amplificării, ca într-o avalanşă, a emoţiilor, pe baza particularităţilor morfologice ale SRAA şi anume existenţa unui circuit neuronal închis.

Nu trebuie uitat nici faptul, demonstrat de Bindra, că structurile neuronale cu rol în emoţii sunt "utilizate" şi de procesele motivaţionale, aşa încât relaţia de influenţă reciprocă între emoţie şi motivaţie în cadrul proceselor psihice umane este reflectată şi în planul ascultării, înţelegerii şi îndrăgirii muzicii de către orice meloman. Acest aspect de ordin neurofiziologic şi psihologic poate constitui o explicaţie şi pentru efectul analog drogului pe care îl are muzica pentru unii dintre iubitorii ei.

2. Caracterizare generală a efectelor psihologice ale muzicii

Pentru a înţelege efectele muzicii asupra activităţii corporale este necesară o trecere în revistă sumară a celor mai generale aspecte ale impactului muzicii asupra psihicului ascultătorului.

Vom omite în mod intenţionat efectul muzicii asupra celui care o interpretează (în ansamblu, mai benefic decât la ascultătorul pasiv) deoarece obiectivul final al întregii prezentări a impactului psihosomatic este acela al utilizării tuturor particularităţilor în care are loc acest impact, în folosul aplicării unei muzicoterapii optime - dar de regulă pasive - şi fără adaosul unor efecte adiţionale "secundare" (neindicate sau contraindicate la unii subiecţi şi în unele stadii).

Aşadar, la o primă apreciere a ansamblului de idei şi sentimente pe care, în mod evident, le produce muzica asupra ascultătorului este suficient să amintim remarca lui Ribot (cit. de Verdeau-Paillés şi colab. 1995, p. 97) "Ea creează dispoziţii, ce depind de starea organică a activităţii nervoase şi pe

care noi le traducem în termeni vagi ca bucurie, tristeţe, tandreţe, seninătate, nelinişte. Pe această canava inteligenţa brodează în funcţie de natura diferiţilor indivizi." Noi am adăuga, referitor la aspectul de ordin intelectual al muzicii, faptul că omul are tendinţa de a decodifica sensurile muzicii (sugerate sau nu de compozitor) acţionând pe baza unui izomorfism al elementelor muzicii ascultate. Aşa de exemplu, cunoscutul Andante din Simfonia a V-a de Beethoven, prin tempoul său asemănător mersului liniştit, ca şi prin "ascensiunea" melodică, poate să ne sugereze un urcuş, încununat - prin acordurile în fortissimo ale orchestrei - cu biruinţa ajungerii pe culme (umbrită din când în când de îndoiala strecurată de un motiv în tonalitate minoră).

Evaluările în plan intelectual (căutate atent - în cadrul ascultării de "tip intelectual" a muzicii sau "fluctuant" într-o liberă şi multiplă asociaţie de idei - în cadrul asaltării "evocatoare") au întotdeauna un corespondent afectiv pregnant exprimat şi conştientizat de ascultător, inducând stări emoţionale persistente, şi după încetarea audierii muzicii.

După autori ca Spingte şi Droh, (1992), Segenwald (1995) şi Verdeau-Paillés şi col. (1995), putem grupa efectele psihologice globale ale muzicii în următoarele categorii (cu interferenţe frecvente), detaliind - prin exemplificări - clasificarea efectelor muzicii din capitolul precedent.

1. **Relaxare psihică**, având următoarele variante cu implicaţii comportamentale:
   - catharsis (scăderea marcată a tensiunii emoţionale), incluzând defularea şi posibila apariţie a extazului;
   - sedare (favorizând instalarea somnului, în unele cazuri);
   - euforie (generată, uneori compensator faţă de dispariţia rapidă a conţinutului afectiv negativ).
2. **Stimulare psihică:**
   - creşterea randamentului cognitiv (memorie şi ideaţie);
   - euforie (aici se încadrează şi muzica rock şi corespondenţele ei creatoare de euforie în mod facil, prin dezinhibiţia produsă de ritmica pregnantă, intensitatea sonoră brutală şi asperitatea timbrului instrumentelor "electrice" sau "electronice" folosite);
   - creşterea încrederii în sine;
   - stimularea voinţei şi iniţiativei.
3. **Comunicare interumană**, având un caracter infraverbal, bogat în elemente sugestive, fapt constatat în special în cazul execuţiilor colective a unor piese muzicale (exemplu în cvartet), dar şi un caracter verbal (muzica vocală) ce explică sau accentuează, cu ajutorul textului, ideile şi sentimentele vehiculate de muzica instrumentală. În cazul participării active la muzică, de exemplu cântatul în cor, comunicarea este maximă.

4. Scăderea pragului durerii şi modificarea excitabilităţii psihomotorii

Încă din antichitate, efectul analgetic al muzicii era utilizat în practica medicală, existând mărturii despre un medic grec Athenaops, care trata lombalgiile şi/sau sciatica prin utilizarea sunetului de flaut, instrument ce

intona o melodie ritmică exact "deasupra locului durerii", realizând ceea ce s-ar putea numi o veritabilă "acupunctură muzicală" (Luban Plozza şi colab. 1988).

Mai târziu, exista obiceiul de a se efectua extracţii dentare în pieţe publice, în zilele "de târg", de către "extractorii de dinţi" care utilizau trompeta şi tobele ce intonau o muzică bine ritmată şi de mare intensitate sonoră, al cărui efect asupra pacientului era acela de a-i atenua durerea din timpul extracţiei (posibil şi un efect "direct" asupra pragului senzorial al durerii, sau indirect prin procesul de excitaţie brutală corticală imediată, cu inhibiţia zonelor adiacente legate şi de percepţia durerii).

În sfârşit este citat (tot în Luban Plozza şi colab. - Musik und Psyche - 1988) şi exemplul medicului John Butcher care utiliza scurte melodii, cu cuvinte, pentru pacientele sale, în timpul travaliului obstetrical, obţinând un efect analgetic.

În zilele noastre, Spingte şi Droh (1992) citează rezultatele unor studii efectuate de către Schapiro şi Cohen pe 500 femei supuse curetajului uterin, dintre care 142 au ascultat la cască muzică (clasică, disco sau country), afirmând - în 82% din cazuri - dispariţia completă a durerilor (fapt ce s-a realizat numai la 57% dintre cele care au primit, ca anestezic, Methoxyfluran). Toate aceste efecte analgezice ale muzicii îndreptăţesc termenul propus de Diamond (în 1981) de "muzicoanestezie".□

3. Efectul de modificare a excitabilităţii psihomotorii

Este relatat tot de către Spingte şi Droh, cu următoarele precizări (a se vedea şi pragraful consacrat modificărilor musculaturii sub efectul muzicii anxiolitice):

- scăderea neliniştii motorii;
- scăderea tonusului muscular;
- diminuarea sau dispariţia crampelor musculare.

Efectele excitante asupra tonusului muscular, induse de o muzică stimulantă (ritm, intensitate sonoră) vor fi prezentate la acelaşi paragraf menţionat.

Reacţiile la muzică, descrise mai sus şi situate în sfera proceselor psihice, prezintă un impact psihosomatic, modificând în grade variate activitatea somato-viscerală prin intermediul releelor integrative neuro-endocrino-vegetative.

B. Mecanisme psiho-neuro-endocrine implicate

1. Localizări cerebrale ale funcţiilor muzicii

Demn de interes şi deloc surprinzător având în vedere activitatea de cercetare a Fundaţiei Muzicale întemeiate la Salzburg de către marele dirijor Herbert von Karajan - este că acest muzician de geniu (şi, totuşi, nu un medic psihosomatician) defineşte muzica drept "o realitate atotcuprinzătoare

(totală) trăită, atât în plan fizic, cât şi în cel psihic", indicând - în continuarea aprecierilor sale despre muzică - faptul că, pe lângă posibilităţile de a o cunoaşte prin reflecţie, mai este posibilă "studierea ei in contextul unităţii psihosomatice a individului" (din prefaţa lucrării "La troisiéme oreille et la pensée musicale" de Jaqueline Verdeau-Paillés, B. Luban-Plozza et M. Delli Ponti, ed. Fuzeau, Paris 1995).

În acest context al psihosomaticii, baza neuro-morfo-fiziologică a explicării influenţei muzicii asupra activităţii somato-viscerale a individului, supus audiţiei muzicii, este furnizată de către celebrul neurochirurg J. Eccles, laureat al Premiului Nobel: "Actualmente este posibil, datorită unor tehnici foarte sofisticate (tomografice, cu emisie de pozitroni*, potenţiale evocate) să se demonstreze că, până şi simplul fapt de a recunoaşte un ritm muzical, antrenează o creştere a activităţii emisferei cerebrale drepte**, la nivelul ariei simetrice faţă de cea în care îşi au sediul, în emisfera stângă, funcţiile limbajului. Din această arie de localizare a funcţiilor muzicale în emisfera dreaptă pleacă o serie de căi nervoase ce ajung în sistemul limbic şi hipotalamus, la baza encefalului; ele sunt foarte mult implicate în producerea "armonicelor (în sens de rezonanţă afectivă n. trad.) emoţionale" asociate muzicii. Dar eu emit şi ipoteza că experienţa muzicală survine atunci când are loc activarea lobilor prefrontali care stau la originea fenomenelor psihosomatice".

Pentru înţelegerea efectelor evidente ale ritmului muzical asupra diverselor funcţii somatice este suficient să amintim că la nivelul sistemului limbic, adevărat "creier visceral", are loc integrarea emotivo-instinctivo-comportamentală cu elementele bioritmice care acompaniază componentele acestui complex.

Conexiunile sistemului limbic cu hipotalamusul implică influenţe şi asupra unor funcţii coordonate de către acestea - inclusiv prin reglarea unor ritmuri biologice fundamentale precum temperatura corpului, activitatea corticosuprarenalei, ciclul veghe-somn ca şi activitatea ritmică a centrilor respiratori şi cardiaci (Luban-Plozza, Verdeau-Paillés -1994). Este uşor de înţeles cum acordarea acestui "orologiu biologic", reprezentat de ansamblul funcţiilor biologice menţionate (dar şi de altele, neenumerate), cu ritmul muzicii ascultate, poate să genereze o varietate de influenţe, în ultimă instanţă ale ritmului muzicii, asupra activităţii organelor interne, ca şi a altor componente somatice (tonusul muscular, de ex.). În plus, aşa cum argumentează Sergi (cit. la pg. 97 - "La troisiéme oreille") datorită apropierii localizării nucleilor acustici şi vagali, stimulii acustici muzicali pot acţiona asupra respiraţiei şi circulaţiei, fiind implicaţi în apariţia memoriei muzicale. După cum se va vedea, şi alte elemente structurale de bază ale muzicii (intensitatea,

---

** Prin această metodă se evidenţiază zonele cerebrale care devin active sub acţiunea diverşilor excitanţi vizuali, acustici, inclusiv cei cu conţinut verbal (v. Eberhard-Metzger)*

***La japonezi, datorită particularităţilor fonetice ale limbajului şi construcţiei muzicii lor, localizarea "centrului muzical" este în emisfera cerebrală stângă (n. trad.)*

acordurile consonante sau disonante, melodia şi, mai ales, timbrul sonor) exercită influenţe directe (prin conexiunile căilor senzoriale acustice cu sistemul limbic) sau indirect - prin intermediul unor reacţii emoţionale provocate de fiecare din aceste componente (dar prin efectul de ansamblu al muzicii) asupra sistemului limbic. Nu trebuie omise nici influenţele unor factori de "montaj" afectiv-ideativ, legate de contextul audiţiei, ca şi de unele trăsături psihologice ale ascultătorului (având implicaţii în receptivitatea sa - crescută sau scăzută - pentru muzica ce i se prezintă). Toate aceste influenţe, prin mecanismele reglatoare (sau dereglatoare cortico-limbice) converg, în ultimă instanţă tot la nivelul acestei "plăci turnante a relaţiei psihosomatice" (Duret) care este sistemul limbic.

2. *Relaţii posibile cu eustresul şi distresul*

Există deja date în literatură care etichetează diferitele creşteri sau scăderi ale concentraţiei diverşilor hormoni, studiaţi în cursul unei audiţii muzicale, drept "hormoni de stres".

Această formulare parţial justificată ne obligă să analizăm reacţia globală (psihosomatică) a organismului uman, declanşată de ascultarea muzicii, din punctul de vedere al atributelor stresului psihic pe care unul dintre noi l-a definit drept "o reacţie adaptativă a întregului organism constituită de exacerbarea - dincolo de nivelul unor simple ajustări homeostatice - a unor procese psihice şi a corelatelor somato-viscerale ale acestora sub acţiunea unor stimuli declanşanţi cu semnificaţie pozitivă - benefică (eustres) sau negativă nocivă (distres) pentru individul respectiv" (Iamandescu -1996).

După cum se poate observa, există "din start" posibilitatea ca muzica să declanşeze două categorii opuse de stres, în legătură cu plăcerea, mergând până la extaz (eustres) şi cu plictiseala, mergând până la agasare sau chiar anxietate sau furie (distres). În realitate, chiar şi între aceste stări afective extreme, există o gamă largă de trăiri emoţionale intermediare care - ceea ce este cel mai important pentru studierea efectelor psihosomatice ale muzicii - se însoţesc de variate modificări ale funcţiilor diverselor organe şi aparate, desemnate sub numele de "corelate somato-viscerale ale emoţiilor" (Iamandescu -1993).

Aceste emoţii pozitive sau negative pot să atingă sau nu intensitatea stresului, deşi aspiraţia oricărui meloman este aceea de obţinere a unui eustres, atunci când ascultă o muzică, fie cunoscută şi pentru care prezintă o atracţie puternică, fie necunoscută dar care să îi suscite un viu interes sau care să-l poată "surprinde" în mod "violent" prin valoarea ei deosebită pe care - justificat sau nu - acest iubitor i-o conferă.

Între aceste faţete opuse ale stresului (datorită semnificaţiei stimulilor psihici) există aşa cum s-a arătat mai sus "trăiri emoţionale intermediare", adică acele emoţii (mai degrabă stări de dispoziţie), de intensitate mai redusă decât efectele, ce întrunesc atributele stresului. În plan terapeutic ele prezintă un interes deosebit la bolnavii care nu tolerează oscilaţii emoţionale intense, fie ele şi din categoria eustresului. Aşa de exemplu un bolnav cu

antecedente recente de infarct miocardic relata următoarele: "trompeta din muzica barocă mă eliberează, pur şi simplu, de durerea din regiunea inimii, tonalităţile joase şi surde ale instrumentelor de percuţie, în schimb, îmi produc frică, mai ales dacă ele au o cadenţă apropiată de cea a bătăilor inimii" (Delli Ponti şi Luban Plozza -1987).

3. Reacţia endocrină în cursul ascultării muzicii

a) Hormonii implicaţi în reacţia de eustres provocată de audiţia muzicală

Referitor la datele din literatură care încearcă să desemneze muzica aleasă spre a induce un eustres ascultătorului, se pare că cea scrisă de Mozart întruneşte cele mai multe aprecieri. Desigur, opera oricăruia dintre geniile muzicii - Bach, Beethoven, Haydn, Schubert, Brahms, Wagner ş.a.m.d. - poate produce, în mod efectiv, un eustres ascultătorului, avizat sau nu, iar acesta din urmă va include ulterior pe compozitorul respectiv printre sursele sale generatoare, "în mod garantat", de eustres.

Din punct de vedere al hormonilor consideraţi ca markeri ai eustresului (în cadrul unui model neuro-endocrin al acestei reacţii, încă departe de o descriere măcar aproximativă), au fost evidenţiate creşteri ale endorfinelor şi ale catecolaminelor.

- <u>Endorfinele</u> au fost invocate ca "hormoni ai muzicii" datorită acţiunii lor "morphine-like" (efect analgezic şi euforizant), mai ales că, pentru mulţi ascultători, muzica constituie o sursă de euforie, mergând până la extaz. Evers a demonstrat pe o grupă de studenţi (în 1994) blocarea efectului plăcut, euforizant al muzicii prin administrarea prealabilă audiţiei muzicale a Naloxonului (cunoscut blocant al morfinei, deci şi al endorfinelor).

Această constatare experimentală, fără posibilitate de tăgadă în ceea ce priveşte implicarea endorfinelor în producerea senzaţiilor plăcute de către audierea muzicii, vine în contradicţie cu datele din literatura ceva mai veche, prezentate de Spingte şi Droh în 1984. Astfel - referitor la modificările unor hormoni de stres survenite sub efectul "muzicii anxio-algolitice", studiate la gravide în cursul travaliului - autorii au găsit aceste valori scăzute ale ß-endorfinelor, ca şi ale altor hormoni de stres (cortizolul, prolactina, catecolaminele etc.). În afara unor posibile artefacte (în urmă cu 15 ani), există şi varianta interpretativă a unei acţiuni anxiolitice a muzicii, cu "efect inhibitor" asupra secreţiei unor endorfine - crescute "solidar" cu ceilalţi hormoni de stres, în cursul travaliului obstetrical.

- <u>Catecolaminele</u>

La fel ca şi endorfinele, ele au fost găsite crescute (în special adrenalina) mai ales la ascultătorii de muzică rock, ştiut fiind că această muzică este bogată în elemente care declanşează reacţii de alarmă: intensitate sonoră crescută, ritm accelerat, zgomote cu caracter de semnal (percuţie, disonanţe) (Verle şi Bell - 1993). Aceşti autori consideră că una dintre cele mai puternice eliberări de adrenalină este răspunsul de tip "fight or flight" (atac sau fugă), indus de muzica discordantă în ceea ce priveşte ritmul şi corzile ei (chitarele electronice).

b) Hormonii de distres, sub acţiunea unei muzici anxiolitice (Spingte şi Droh -1992)

Citând datele unor autori japonezi consacrate studierii efectelor relaxante ale muzicii în cursul anesteziei epidurale sau la bolnavii stomatologici (Tanioka, Oyama, Sato etc.), Spingte şi Droh prezintă un tabel din care rezultă efectul de scădere a unor hormoni de stres, precum: ACTH, Cortizolul Prolactina şi ß-endorfinele (cu rezerva noastră asupra acestora din urmă).

Este extrem de probabil că audiţia unei lucrări muzicale, cu efect relaxant în cursul unui distres, poate contribui la scăderea nivelului plasmatic al hormonilor de stres menţionaţi, precum şi al altora.

La subiectul normal, în momentele de linişte - indiferent de starea de dispoziţie (bună sau "neutră"), este foarte posibil ca muzica să aibă alte efecte asupra "constelaţiei endocrine", neabordate sau neclarificate încă într-un cadru experimental.

Cercetări personale (Iamandescu şi colab. 1994-1997) au evidenţiat inducerea unor veritabile efecte (pozitive - bucurie şi, mai ales, negative - groază) prin ascultarea unor fragmente muzicale contrastante şi însoţite de corelate somato-viscerale corespunzătoare (senzaţie de căldură pentru emoţiile pozitive şi de frig + încordare + palpitaţii pentru cele negative).

Aceste trăiri în planul afectivităţii şi al reacţiilor corporale au desigur şi o exprimare în plan hormonal, pe care lucrările viitoare vor încerca să o descifreze.

Cel mai important apare faptul că hormonii (în configuraţia calitativă şi cantitativă sub care sunt eliberaţi la audierea muzicii) îşi exercită influenţa lor specifică asupra organelor şi aparatelor organismului uman, a căror activitate o modelează, cel mai adesea, favorabil (în special în eustres) dar, uneori, şi nefavorabil (în cazul distresului produs de o muzică neagreată dar şi al unor acţiuni excesive cu particularităţi conjuncturale nocive. Nu trebuie omisă nici situaţia incertă (eustres trecând în distres) a audiţiilor colective în cadrul concertelor de pop-rock, atunci când reacţiile dezlănţuite ale auditorilor - conjugate în mod nefast cu efectul fiziologic nociv al timbrului instrumental şi numărul uriaş de decibeli - pot avea efecte negative în planul modificărilor parametrilor somatici ai organismului.

C. MODIFICĂRI SOMATO-VISCERALE INDUSE DE MUZICĂ ASUPRA ASCULTĂTORULUI

Includem astfel manifestările referitoare la expresia corporală a muzicii (Verdeau-Paillés -1994) - ca element asociat, în plan somatic, a modificărilor psihice induse de muzică, precum şi răsunetul visceral al acesteia.

Am eliminat în mod intenţionat termenul de audiere a muzicii (implicând o concentrare voluntară a atenţiei, consecventă - ca în tipul de audiţie intelectuală - sau fluctuantă, ca în tipul de audiţie afectivă, relaxantă) deoarece există nenumărate situaţii în care muzica poate constitui un fundal sonor cu care, involuntar, venim în contact. Aşa se întâmplă, în cazul unor bune intenţii ale

celor ce o pun în acţiune - la locul de muncă, în magazine, în parcuri, etc. - dar şi în situaţiile când, fortuit, suntem obligaţi să-i suportăm efectele nedorite (de exemplu orchestrele de restaurant în staţiunile de pe litoral, ori muzica ţigănească difuzată "cu forţă şi perseverenţă" la petrecerile de cartier sau în unele localuri periferice).

Contactul inevitabil, chiar cu o muzică bună şi agreată, poate avea - în plus faţă de emoţia estetică declanşată - efecte nocive, generate de depăşirea unor parametri sonori cum sunt: intensitatea (peste 65 dB), disonanţele excesive (muzica modernă), ritmul obsedant de monoton, frecventele modificări de ritm (se citează "Ragtime" de Strawinski, cu o structură ritmică variabilă ce induce o stare emoţională extrem de fluctuantă - între solitudine şi angoasă şi senzaţia de pace sau bucurie) şi, nu în ultimul rând, de preferinţele muzicale şi starea de moment a ascultătorului.

Încercând o prezentare didactică a acestor modificări, vom analiza succesiv reacţiile diferitelor organe şi aparate, evaluate pe baza datelor de observaţie (sau de introspecţie), continuând cu determinarea pulsului, tensiunii arteriale şi a numărului de respiraţii, şi terminând cu metode din ce în ce mai sofisticate: reflexul psiho-galvanic, ECG, EMG, termografie, tomografia prin emisie de pozitroni, dozări ale hormonilor de stres.

1. Tegumentele

a) Modificări vasomotorii

Au fost studiate pe baza modificărilor autoanalizate de către subiecţii sănătoşi (Iamandescu şi colab., 1994-1997) sau de către bolnavii psihosomatici (Iamandescu - 1996 şi Antonescu Doina - 1997) în cursul audierii unor fragmente muzicale wagneriene contrastante (Muzicotest W, elaborat de Iamandescu 1994).

Corelate cu stările afective polare produse de audierea celor două fragmente menţionate în paragraful anterior, au fost înregistrate senzaţii de căldură (vasodilataţie) şi respectiv, de frig, mergând până la "piele de găină" (vasoconstricţie + piloerecţie). Experimental modificările vasomotorii mai sunt studiate şi cu ajutorul metodei pletismografice.

b) Modificările secreţiei sudorale

În cursul audierii unor piese muzicale "anxiolitice" (Spingte şi Droh) are loc o scădere a secreţiei sudoripare, tradusă printr-o scădere a intensităţii curentului psihogalvanometrului (micşorarea secreţiei catecolaminelor).

Există, însă, analog modificărilor vasomotorii opuse descrise mai sus, posibilitatea unei secreţii crescute de catecolamine, în cazul muzicii cu efect excitant (ca de exemplu muzica Disco), sau cu elemente având valoarea de semnal (ritm accentuat, obsedant, ca în Bolero-ul lui Ravel sau tempouri accelerate ori acorduri cu caracter disonant sau în tonalitate minoră, sugerând o atmosferă lugubră, aşa cum este cazul cu fragmentul wagnerian "Hagen, Schlafst du mein Sohn" din "Amurgul Zeilor", utilizat în Muzicotest).

În aceste situaţii are loc o creştere a secreţiei sudoripare corelată cu senzaţia de frig, acuzată de unii subiecţi în cursul audiţiei fragmentului menţionat.

2. Aparatul locomotor

Se ştie că o muzică antrenantă sau un marş ne incită adesea la dans ori la baterea măsurii. O muzică excitantă, "in tempo" rapid induce o creştere a tonusului muscular, în timp ce o muzică lentă, discretă, îl reduce.

3. Aparatul respirator

Influenţa muzicii asupra frecvenţei şi profunzimii respiraţiei este extrem de variată, fiind de domeniul evidenţei atât accelerarea respiraţiei la ascultarea unui marş ori a unei piese ritmice de muzică uşoară, ca şi "ţinerea respiraţiei" în anumite momente ale desfăşurării discursului muzical, urmată de un suspin profund (uneori şi de un căscat involuntar de diferite cauze, inclusiv după o concentrare prelungită în urmărirea unei piese muzicale interesante). Înregistrarea numărului de respiraţii constituie un parametru obişnuit în obiectivarea modificărilor fiziologice induse de audierea muzicii. Există un acord unanim, referitor la dependenţa modificărilor respiratorii de calitatea muzicii.

4. Aparatul cardiovascular

Frecvenţa cardiacă (pulsul) reprezintă poate, cel mai utilizat mijloc de apreciere a influenţei asupra funcţiilor somatice, exercitată de către muzică, existând în acest sens o premisă indubitabilă, aceea că orice proces psihic (inclusiv cele generate de muzică) se oglindeşte în modificările de ritm ale inimii, organ ce constituie un adevărat seismograf al stărilor sufleteşti în limba română există o adevărată recunoaştere etimologică a acestei realităţi, "cordul" anatomic fiind denumit în limbajul comun ,inimă", cuvânt derivat din latinescul anima = suflet). Şi în cazul fiziologiei aparatului cardiovascular, distingem efecte opuse, exercitate de ascultarea muzicii.

a) Efectele unei muzici relaxante

După datele centralizate de Spingte şi Droh, sub efectul muzicii anxiolitice au loc următoarele modificări:

- scăderea frecvenţei cardiace;
- scăderea tensiunii arteriale;
- acţiune antiaritmică.

b) Efectele unei muzici dinamice, "strălucitoare"

Sunt inverse celor de mai sus, existând înregistrări ale TA şi pulsului (inclusiv sfigmograma) în timpul audiţiei unei muzici cu tempo rapid sau acompaniată de tobe, în care - pe lângă creşterea frecvenţei pulsului şi a tensiunii arteriale - are loc o diminuare a amplitudinii pulsului (autori citaţi de Spingte şi Droh).

5. Aparatul digestiv

Spingte şi Droh (1992), ca şi Sengewald - 1995 - nu menţionează aparatul digestiv în tabelele referitoare la influenţa muzicii asupra funcţiilor somatice. Totuşi, există date experimentale mai vechi care evidenţiază efectul benefic

al muzicii lui Mozart asupra bolnavilor cu hiperclorhidrie gastrică (în genere ulceroşi), cărora le normalizează secreţia acidă (Demleng cit. de Luban Plozza şi colab. - 1988). Fiind vorba despre "Mica Serenadă", nu se poate totuşi afirma că alte compoziţii mozartiene, emanând o atmosferă complet diferită (de exemplu concertele pentru pian în do minor şi re minor sau unele pasaje din Requiem) ar putea avea un efect opus, după cum nu este exclus nici faptul că, şi muzica altor compozitori (Schubert, Bach sau Mendelssohn-Bartholdy, de exemplu) ar putea avea - prin intermediul eustresului - un efect asemănător.

6. Aparatul excretor

Este de asemenea sărac reprezentat în literatură, în lucrarea de faţă neputându-se cita rezultate interesante.

7. Modificările metabolice

Au fost studiate mai puţin, iar apariţia lor a fost legată pe bună dreptate de modificările neuro-vegetative produse de către muzică. Parametrul cel mai uşor de studiat a fost glicemia, ale cărei valori, crescute la audierea unei muzici rapide, de intensitate crescută, au fost interpretate ca fiind un marker al creşterii catecolaminelor, în timp ce o muzică lentă şi "discretă" scade nivelul glicemiei (Sengwald).

D. VARIANTE ALE IMPACTULUI PSIHOSOMATIC AL MUZICII ÎN FUNCŢIE DE PERSONALITATE ŞI STAREA DE SĂNĂTATE A ASCULTĂTORULUI

Referitor la intensitatea şi polimorfismul manifestărilor somato-viscerale induse de ascultarea muzicii prin aplicarea "Musicotest-ului W" (Iamandescu 1994) - la subiecţii normali dar şi la bolnavii psihosomatici, unul dintre noi a obţinut - pe baza unor studii personale (Iamandescu I.B. şi colab. 1996 şi 1997) o serie de rezultate ce pot fi sistematizate astfel:

1. **"Somatizarea"** (acuze de tip, răceală-căldură, încordare musculară, palpitaţii, etc.) menţionată de către subiecţi a fost net dependentă de trăirile ideaţional afective ale acestora. Astfel, la ascultarea unui pasaj din muzica wagneriană (Götterdammerung), cu caracter sumbru, majoritatea subiecţilor au indicat grade diverse de anxietate ce s-au corelat cu tulburări vasomotorii, de tipul senzaţiei de frig (până la frison) şi cu încordarea musculară intensă. Dar la ascultarea celuilalt pasaj wagnerian - liric, visător - aceiaşi subiecţi au indicat apariţia unor stări afective pozitive (linişte, visare) ce s-au corelat cu o senzaţie de căldură difuză şi de relaxare musculară (Iamandescu - 1994).

2. **Aprecierea indicilor de somatizare globală** (totalul "simptomelor" somatice "acuzate" de subiecţi la audierea muzicii) a condus la concluzia că aceştia au fost mai mult crescuţi după ascultarea fragmentului anxiogen

deşi majoritatea subiecţilor cu astfel de acuze au apreciat favorabil calitatea muzicii ascultate (ibidem).

3. Referitor la **tipul de personalitate al ascultătorului şi gradul de somatizare** la audierea aceloraşi fragmente muzicale (în colaborare cu O. Popa-Velea şi Daniela Popa -1996) s-a evidenţiat nivelul maxim al somatizării la subiecţii cu cote înalte la scala impulsivitate" (testul Vitrail, de E. Morin, varianta Caillé).

4. **Bolnavii psihosomatici** (astmatici, ulceroşi, hipertensivi - studiaţi de Iamandescu şi Doina Antonescu - 1997) reacţionează mai intens în raport cu subiecţii sănătoşi, atât în planul trăirii ideaţional-afective, cât şi în cel al somatizării. Am interpretat aceste rezultate ca fiind expresia unei posibile corelaţii între vulnerabilitatea la stres a bolnavilor psihosomatici şi o anume acuitate senzorială crescută a acestora, ca şi un nivel mai înalt al proceselor intelectuale.

Desigur că sunt necesare multe studii cu privire la individualitatea răspunsului ascultătorului - în plan psihic şi somatic - la audierea muzicii. Ne gândim, în primul rând, la variantele tipurilor de personalitate "altoite" de o posibilă educaţie muzicală dar şi la multitudinea bolilor, între care cele psihice sau psihosomatice dominate de durere, etc. pot induce o receptivitate particulară faţă de acţiunea muzicii.

E. MODIFICĂRILE PRODUSE DE MUZICĂ ASUPRA INTERPREŢILOR, ÎN CURSUL EXECUŢIEI MUZICALE

Este lipsită de orice îndoială supoziţia că efectele psiho-fiziologice ale muzicii sunt cu mult mai puternice în cazul participării active la execuţia muzicală, în cazul interpreţilor, mai ales al acelora dintr-o orchestră, care suferă o influenţă a muzicii mult amplificată de interpretarea celorlalţi orchestranţi. (Fuhrmeister şi Wiesenhutter - 1973).

Încercând să analizeze variaţia impactului psihosomatic asupra interpreţilor dintr-o orchestră, funcţie de stilul compozitorilor muzicii interpretate, autorii de mai sus au studiat 254 de muzicieni, aparţinând la 3 orchestre, care au interpretat: A = 74% din lucrări cu muzică simfonică modernă, B = 37% acelaşi tip de muzică şi C = fără interpretarea muzicii simfonice contemporane.

În raport cu această din urmă orchestră (C), la muzicienii componenţi ai orchestrei A (ce au interpretat muzica simfonică contemporană) au apărut mult mai frecvent:

- tulburări de somn, cefalee şi otalgii, nervozitate (irascibilitate, virulenţă) sau stări depresive;
- epigastralgii, greţuri, diaree;
- palpitaţii şi alte tulburări cardiace.

Compozitorii cel mai frecvent interpretaţi de orchestra A au fost: Stockhausen, Boulez, Penderecki, Nilson, Strawinski.

În perspectivă, există deja în desfăşurare în România un studiu (iniţiat de Iamandescu, Dima şi colab.) referitor la patologia acuzată de membrii unei formaţii simfonice şi la opiniile acestor muzicieni referitoare la unele condiţii specifice inductoare de stres psihic profesional.

F. FACTORI DEPENDENŢI DE STRUCTURA MUZICII CARE MODELEAZĂ IMPACTUL EI PSIHOSOMATIC

S-a stabilit în mod experimental că diferitele variabile ale structurii muzicii ascultate exercită o influenţă directă, per se, asupra funcţiilor fiziologice, independent de satisfacţiile sau insatisfacţiile estetice ale ascultătorului (Burckhardt Schmidt -1985).

1. Caracteristicile melodiei

Polaritatea răsunetului melodiei în plan afectiv (pozitivă sau negativă) este legată de proprietăţile melodiei care - după aceste reacţii emoţionale ale ascultătorului - este definită ca: "veselă", "tristă" dar şi în alte ipostaze: solemnă (coralurile, imnurile, missele), mobilizatoare (marşurile - dar în acest caz ritmul este implicat cel mai mult), etc.

2. Ritmul muzicii

A fost cel mai îndelung studiat, datorită accesibilităţii observării sale însă şi datorită legăturilor pe care le are cu diferitele bioritmuri ale ascultătorului, în primul rând cu cele două frecvenţe fundamentale - cardiacă şi respiratorie.

Încercând o sistematizare a datelor despre influenţa ritmului muzical asupra activităţii somato-viscerale (influenţă intermediată de activitatea sistemului neuro-vegetativ, modificată, şi ea, prin celule psiho-neuro-endocrine cu transmisia integrării "reacţiilor" senzorial-ideaţional-afective la nivelul centrilor vegetativi superiori) - vom distinge următoarele:

a. **Există o certă corelaţie între tempoul muzicii şi bioritmurile ascultătorului.**

b. **Cel mai bine tolerat ritm, concomitent cu o bună cenestezie şi având un efect sedativ, este cel corespunzător tempoului andante, cu frecvenţa egală cu cea a pulsului normal** (= 72 b/minut în medie). La acest ritm, cântecul de leagăn, cu o măsură binară, produce apariţia somnului la sugar. Ritmul în jur de 80 măsuri/minut a fost şi el invocat ca generator de siguranţă, încredere, el fiind "fixat' în execuţia "Odei Bucuriei" din Simfonia a IX-a beethoveniană. După acest ritm ("simţit" de noi în mod favorabil) ne putem orienta asupra ritmului (mai rapid sau mai lent) al unei piese muzicale.

c. **Orice accelerare a ritmului produce o creştere marcată a valorilor impresiei muzicale** dar şi o activare a frecvenţei respiratorii şi cardiace, ca şi o creştere a tensiunii arteriale şi a rezistenţei electrice cutanate (Burckhardt Schmidt -1985), iar atingerea unor tempouri peste 140 măsuri pe minut este nocivă pentru organism, având un efect independent de trăirea psihică pozitivă a muzicii respective şi de genul de muzică utilizată.

d. Alternanţele de ritm

Reprezintă şi ele stimuli psihici cu caracter excitant, reflectaţi în modificările frecvenţelor cardio-respiratorii, prin creşteri ale acestora, ca de altfel şi în cazul tensiunii arteriale. În plus, pot apare şi aritmii cardiace (Merrit-Ullius).

Un experiment ce pune în evidenţă astfel de modificări este şi cel efectuat de Desturis care a obţinut la 60 de subiecţi - prin introducerea Concertului pentru oboi de Bartok după audierea unui program cu muzică de Bach - o creştere a tensiunii arteriale (valori chiar până la 230 mmHg) şi a frecvenţei a pulsului, precum şi modificări de tip ischemic pe ECG.

Poate fi citat şi exemplul, deja prezentat, al lucrării "Ragtime" de Strawinski.

3. Intensitatea muzicii

a. Parametrii intensităţii sonore

Intensitatea muzicii este cert implicată în generarea unor modificări somato-viscerale, atât printr-un efect mediat de reacţia în plan ideaţional-afectiv a ascultătorului, cât şi printr-un efect direct, propagat de la nivelul analizorului acustic - prin numeroase conexiuni - la cel al diverselor organe şi aparate.

Această depăşire a intensităţii sonore, în cadrul audiţiei sau execuţiei unei lucrări muzicale, este întâlnită în discoteci (cele din Berlin având valori ale intensităţii între 92 şi 111 dB - cf. Ising - 1988, posibil şi mai mari, în prezent) dar şi în cazul audierii muzicii (în special rock, pop, techno, etc.) la radioreceptoare cu cască (walkman), cu valori între 95-100 dB.

De asemenea unele piese de muzică contemporană (Stockhausen Penderecki, Boulez, etc.) ating valori de 100-130 dB (Marion Schulzke - 1995 cit. de Sengewald).

b. Efecte asupra organismului

Cercetări efectuate asupra zgomotului la locul de muncă au evidenţiat o disjuncţie a comportamentului în plan psihic şi în plan somatic, în cazul zgomotelor cu o intensitate de peste 65 dB. Astfel, în timp ce în plan psihic, survine o acomodare faţă de zgomot ("obişnuirea" auzului cu atmosfera sonoră respectivă), în planul reactivităţii neuro-vegetative această acomodare nu se produce, persistând o stare de excitare ce se răsfrânge asupra funcţionării organelor interne (Harrer, 1973). Analog, în cazul muzicii, deşi se poate ca ascultătorul să fie foarte mulţumit cu stimularea psihică pe care i-o produce intensitatea sonoră a unei piese muzicale (să zicem, de muzică rock sau electroacustică) efectele nocive ale acestei muzici se propagă (Babisch 1985, Marion Schulzke) asupra auzului. În Germania cca 15-20% din tineri sunt hipoacuzici, datorită ascultării frecvente a muzicii "cu mulţi decibeli". În afara afectării auzului, muzica "bogată în decibeli" îşi exercită acţiunea ei nocivă şi asupra activităţii organelor interne, acestea din urmă răspunzând prin următoarele tipuri de reacţii, evidenţiate de către Scheidt şi colab. (1986):

- modificări ale frecvenţei cardiace şi tensiunii arteriale (cresc);
- creşterea potenţialelor musculare, implicit a tonusului muscular;

- tulburarea secreţiei salivare şi gastrice; tulburarea peristalticii gastrice şi intestinale;
- creşteri ale glicemiei alternând cu scurte faze hipoglicemice;
- diminuarea numărului de eritrocite şi leucocite;
- scăderea capacităţii de efort.

4. Timbrul muzicii

Desigur că, cel mai adesea, în cazul muzicii interpretate de orchestră - în afara solo-urilor instrumentale - este vorba de o asociere a timbrului diverselor instrumente, conferind piesei ascultate un rafinament armonico-timbral, apreciat de ascultător.

Din acest motiv constatările ce urmează a fi înfăţişate prezintă valoare orientativă, în funcţie de ponderea elementului timbral-cromatic în structura muzicii ascultate.

Exemplele au totuşi valoarea unor posibile selecţii a diverselor fragmente muzicale pentru o muzicoterapie individualizată.

Astfel, instrumentele de coarde (mai ales în cazul muzicii preclasice şi clasice) posedă un efect liniştitor asupra psihicului şi corpului auditorului dar - nu rareori, de exemplu în introducerea evocând furtuna şi pe tot parcursul primului tablou din Walkyrya am remarcat freamătul generator de anxietate al coardelor - în special violoncelele - cu impactul psihosomatic specific acestei stări afective.

5. Tipul de muzică şi stilul compozitorului

Întrucât această problemă va fi analizată pe larg într-un alt capitol, vor fi doar sistematizate câteva linii directoare, cu referire la acest "parametru" de bază al structurii muzicii ascultate, de care depinde cel mai mult impactul psihosomatic.

5.1. Impactul psihosomatic al muzicii va fi maxim sau minim în funcţie de afinitatea subiectului faţă de muzica respectivă. Răspunsurile organismului variază între două extreme: eustres (maxim-benefic) şi distres (maxim-nociv), în punctul O aflându-se neimplicarea ascultătorului în audiţie prin indiferenţă.

5.2. Chiar dacă nu se implică în audiţie, dar suferă involuntar şi inerent (muzica anumitor medii comerciale, restaurante în vecinătate, etc.), subiectul este supus (la intesităţi peste 65 dB) acţiunii zgomotului şi, în plus, celorlalte efecte specifice ritmului, timbrului, etc. ale muzicii, exercitate direct asupra funcţiilor organelor interne (cu o minoră implicare a unei reglări psihosomatice prin "perceperea" involuntară şi discontinuă în plan psihic a muzicii respective).

Bibliografie

1. *Bader J.M. - Les stress met less neurones a mort, Science et Vie, 1994, S. 52-59.*
2. *Bell Verle L., in: How to conquer the addiction of rock music, institute in basic life principles, Illinois 1993, 81-85.*

3. Eberhard-Hetzger Cl., Das puzzlespiel der nevronen, in bild der wissenschaft, nov.94, S.65.
4. Eccles Y., Geleitwort pp.9-11 daus "Musik und psyche" - Luban-Plazza B., Delli Ponti M., Dickhaut H., Bikkhauser Verlag, Basel 1988.
5. Harrer G., Grunolagenoer musik therapie und musik psychilogie, Stuttgart, 1982.
6. Harrer G., Musik und vegetativum, ciba geigy, nasel 1973.
7. Huber G., Esthetique de la musique, Ed.Gustav Fischer, Stuttgart/New York, 1964.
8. Iamandescu I.N., Impactul psihosomatic al mesajului muzical, Infomedica 1997, 12, 18-23.
9. Iamandescu I.B., Musicotest - Tentativă personală de a evalua impactul psihosomatic al mesajului muzical, Rev.Roum., Psychol., 1997, 41, 1, 75-84.
10. Iamandescu I.B., Musicotest-Tentativă de evaluare a impactului psihofiziologic al mesajului muzical. Conferinţa de Psihiatrie şi Ecologie a relaţiilor interumane, APCR, sept.1994, Bucureşti.
11. Iamandescu I,B., Popa-Daniela, Popa-Velea O., Studiu experimental asupra impactului psihosomatic al mesajului muzical, Cong.Naţ. I de neuroendocrinologie, Bucureşti 27-28.sept.1996.
12. Iamandescu I.B., Muzica - Element terapeutic antistres. Simpozion VII de psihoneuroendocrinologie, Braşov, 20-21 iunie, 1997.
13. Iamandescu I.B., Popa-Daniela, Antonescu Doina, Studiu experimental asupra impactului psihosomatic al mesajului muzical. Nota III. Aspectele somatizării mesajului muzical la astmatici în afara crizelor. Sinops.VII, Psihoneuroendocrinologie, Braşov, 20-21 iunie 1997.
14. Luban-Plazza B., Delli Ponti M., Dickhaut H.H., Musik und Psyche. Horen mit der seele, Birkhauser verlag, Basel, 1988.
15. Luban-Plazza B., Musique-Art. et therapie, Rev.Med.Suisse Rom., 1994, 114, 373-375.
16. Parhon C., Aslan Ana, Vrăbiescu A., Acţiunea muzicii asupra circulaţiei şi respiraţiei la om. Lucr.Ses.Gen.Ştiinţif. 2-12 iunie 1950, Ed.Acad.RPR, Bucureşti.
17. Popa-Velea O., Popa Daniela, Iamandescu I.B. - Corelaţii între somatizarea mesajului muzical şi impulsivitatea ca trăsătură de personalitate (studiate prin testul vitraliului Marin) - Primul Congres Naţ. de Neuroendocrinologie, Bucureşti 27/28 sept.1996.
18. Rotter Gunter, Elektrishe Hautwiderstanosanderungen als abbild musikalischer strukturen, musikpsychologie II/1985, 139-148.
19. Saletu, Schultes, Grunberger, Einfluss der Discoszene auf psyche und soma jugendlicher: psychometrische, computer-EEq und physiologische untersuchungen, wiener medizinische wochen schrift, 1982, Nr.6, 137.
20. Schmidt Burkhardt M., Empirische untersucgung emotionaler wirkungen verschiedener tempi bei Rhythmisch betonter musik, Musik psychologie II/1985, S.157.
21. Scheidt, Jena - Die extraaurale wirkung von larm - eine literaturubersicht, zeitschritt fur larmbekampfung, springer verlag 1986, S. 151-159.
22. Sengewald B., Grunduberlegung zur wirkungweise von musik, Diplomarbeit, Darmstadt 1995.
23. Spintge R., Droh R., Musik-Medizin, Fischer-Verlag, Stuttgart 1992, S.6
24. Van Deest H., Heilen mit musik. Deutscher Taschenbuch Verlag-Thieme, Munchen, Stuttgart 1997.
25. Verdeau-Pailles Jacquezine, Luban-Plazza B., Delli Ponti M. - La troisieme oreille et la pensee musicale. Fuzeau, Paris, 1995.

***

Capitolul 9

DE LA GRUPURILE BALINT LA MODELUL MONTE VERITA - ELEMENTE CONCRETE DE FORMARE PSIHOSOMATICĂ A MEDICULUI

Ina Ionescu

Grupuri Balint

I. Concepte fundamentale

Dintotdeauna profesiunea medicală a presupus nu numai ştiinţă şi experienţă ci şi o reală confruntare între cele două personalităţi complexe, ale medicului practician şi pacientului său. Astfel, contactul medic-bolnav generează reacţii de transfer şi contratransfer ce conferă unicitate fiecărei asemenea relaţii.

Deşi dinamica relaţiei medic-pacient implică mecanisme de protecţie şi identificare, ce trimit de la trecutul pacientului la trecutul medicului, multă vreme ceea ce astăzi numim Psihologie Medicală, nici nu s-a predat în facultăţile de Medicină.

Înţelegând personalitatea în totalitatea laturilor sale, Michael Balint, psihanalist britanic de origine maghiară, reintroduce în atenţia studierii acestei dinamici, subiectivitatea, modul particular de interpretare al fiecăruia, rezonanţa afectivă la propriile interpretări, reumanizând actul medical şi crescându-i eficienţa despre care mult timp s-a crezut că este exclusiv legată de medicament.

M.Balint aplică pentru prima oară tehnicile psihanalitice de grup cu medici generalişti şi internişti (care au contact permanent cu bolnavul) pentru a-i ajuta să-şi exprime problemele de ordin psihologic întâlnite în practica de zi cu zi.

Bolnavul nu mai este considerat un caz. Pacientul are emoţii, amintiri, stabileşte analogii cu situaţii trecute, are dorinţe inconştiente ce aparţin unor refulări trecute. La rândul său, medicul trebuie să identifice şi să ţină seama de dificultăţile sale emoţionale în înţelegerea atitudinii bolnavului, emoţii care se răsfrâng direct asupra acestuia.

Aflat într-o permanentă confruntare cu boala, durerea, moartea, depresia bolnavului, medicul îşi dezvoltă propriile mecanisme de apărare cum ar fi: izolarea, negarea, sentimentul de culpă, cinismul şi răceala afectivă.

Din această cauză M.Balint propune pe lângă reumanizarea relaţiei medic-bolnav, o abordare holistă a pacientului în cadrul medicinii psihosomatice. El consideră drept cheie a activităţii medicale tocmai relaţia medic-pacient, o relaţie analitică ce implică atât o comunicare afectivă aparentă cât şi o comunicare la nivelul inconştientului.

Scopul celor mai clasice grupuri Balint, precizat de Ch.Brisset este de a realiza o "psihoterapie profesională" a medicului care să-i lase acestuia intacte vocaţia specifică şi achiziţiile tehnice dar în acelaşi timp să-i dezvolte capacitatea şi investirea emoţională, ceea ce însuşi Balint numea "o schimbare limitată dar considerabilă".

Medicul trebuie să ştie cine este şi să-şi cunoască foarte bine limitele.

Metoda Balint clasică reprezintă o deschidere spre ceea ce se petrece inconştient în relaţia medic-bolnav. Cel care expune un caz îşi asumă astfel riscul de a se confrunta cu amintirea refulată.

Metoda Balint combină deci reconsiderarea atitudinii medicale cu o incursiune psihanalitică asupra inconştientului relaţiei medic-pacient. Ceea ce se află în centrul atenţiei este transferul şi mai ales contratransferul specific relaţiei, definit de M.Balint ca suma reacţiilor inconştiente ale analistului faţă de cel analizat şi în special faţă de transferul acestuia, de fapt "interpretarea expresiei inconştientului celui analizat".

Succesul de care se bucură metoda Balint a venit în primul rând din îndeplinirea nevoii şi dorinţei unor medici generalişti de a-şi creşte eficienţa terapeutică. M.Balint introduce astfel, pentru prima dată, termenul de "medicul ca medicament" referindu-se la efectul terapeutic exercitat de personalitatea medicului.

Între medic şi bolnav ar trebui să existe o atmosferă a armoniei primare, favorabilă situaţiei de a fi acceptaţi şi iubiţi aşa cum suntem, ceea ce va genera securitate, va diminua refularea şi va induce "regresia pozitivă", acel punct al unor dezvoltări ulterioare, o "regresie pentru progresie".

O relaţie ideală ar presupune simpatia şi empatia medic-bolnav, intuiţia medicului faţă de boală şi bolnav. Schimbarea impusă de abordarea psihosomatică presupune pentru medic învăţarea unui nou mod de a trata (trecerea de la medicina centrată pe boală la medicina centrată pe bolnav) şi o maturizare trăită în cadrul grupului printr-o succesiune de conştientizări colective.

M.Balint consideră 3 categorii de schimbări survenite la medici:

- schimbare minimă: înţelegerea mai bună a cazurilor şi o toleranţă crescută dar fără modificări esenţiale ale atitudinii
- schimbare definitivă: medicul învaţă, devine mai flexibil, dezvoltă noi aptitudini
- schimbare definitivă calitativă: îşi dă seama de greşeli şi le poate controla singur.

II. Descrierea metodei Balint clasice

Sub conducerea unui psihanalist sau unui alt medic (psihoterapeut) ce va coordona activitatea, se formează un grup de 10-15 persoane format din medici generalişti evitându-se cuplurile soţ-soţie pentru a nu transforma şedinţele într-o terapie de cuplu.

Grupul se va întâlni de 2-3 ori pe lună pentru a relata pe rând o problemă din cazuistica proprie fiecăruia. Identitatea persoanei al cărei caz este prezentat nu se desconspiră iar cea a medicului care expune va rămâne necunoscută celor din afara grupului Balint.

Membrii grupului se aşează în cerc, fără a lăsa locuri libere între ei şi este preferabil ca la început să se poarte ecusoane cu numele mic.

Liderul grupului poate rămâne în cercul membrilor sau se poate plasa în afara acestuia având rol de observator şi de analiză critică, constructiv-educativă a desfăşurării şedinţei (dinamică, calitate, etc.).

Liderul realizează sinteza şedinţei fără însă a avea voie să intervină în desfăşurarea discuţiei, să dea sugestii sau să pună întrebări.

La prima şedinţă membrii se prezintă fiecare pe scurt (nume, profesie, loc de muncă, eventual o scurtă caracterizare) fiind preferabil ca liderul să înceapă prezentarea.

După prezentarea membrilor, compoziţia grupului nu se va mai schimba, nu se mai permit noi intrări în grup. În cazul în care mai mulţi membrii doresc să prezinte un caz într-o şedinţă, se acordă unuia prioritate în funcţie de timpul avut la dispoziţie şi gravitatea cazului. Dacă nu există nici un caz spre a fi prezentat, liderul va solicita unuia dintre membrii să descrie activităţile sau internările la care a asistat în ziua respectivă.

De regulă, modalitatea relatării indică stilul de lucru al medicului.

Întrebările puse de grup se vor centra asupra relaţiei medic-pacient şi nu asupra diagnosticului sau tratamentului evitând eventuale controverse.

Se pune accent pe personalitatea bolnavului, pe problema de fond a celui ce prezintă cazul încercând a se obţine atât o imagine corectă a relaţiei cât şi o imagine de sine.

O şedinţă durează în mod obişnuit 60-90 minute. În prima parte se prezintă cazul concret (ideal ar fi 1/3 din şedinţă), urmează întrebările (1/3 din şedinţă), dezbaterea (un fel de "brain-storming") şi evaluarea realizată de conducătorul grupului.

M.Balint subliniază nu în ultimul rând, dinamica bolnavului, a simptomului şi a bolii.

Când medicul evocă o problemă relaţională el regăseşte practic dinamica acelei relaţii.

II.1 Disponibilităţi ale medicului pentru psihoterapia suportivă

În cadrul unei astfel de psihoterapii de susţinere, medicul devine pentru pacient un adevărat medicament uneori având efecte similare acestuia asupra simptomelor. Acest efect se datorează în cea mai mare masură unei bune relaţionări medic-pacient.

Pe lângă pregătirea si experienţa sa profesională (axată pe stradania lui de a vedea dincolo de caz), un medic trebuie să posede abilităţi în comunicare şi relaţionare, disponibilităţi naturale precum empatia, căldura sufletească si "cea de-a treia ureche"("urechea sufletului", termen ce ar desemna capacitatea de a descoperi semnificaţii ascunse în verbalizarea pacienţilor) şi desigur timp pentru pacientul său ("investind minute, economiseşti ore"- B.Luban-Plozza) . El trebuie să permită în cea mai mare parte din cazuri descărcarea emoţională diminuând astfel anxietatea, eliberând bolnavul de tensiunea psihică creată de noua situaţie în care se află.

De cele mai multe ori bolnavul nu ştie sau nu poate exprima o serie de probleme psihologice, fapt ce crează o stare de frustrare medicului care vrea să-l ajute şi intuieşte existenţa unor astfel de probleme. El trebuie să identifice dacă anxietatea şi depresia sunt cauzate de boală sau sunt trăsături ale personalităţii pacientului său, să combată anumite conduite maladaptive, să sesizeze esenţialul unei probleme medicale şi apariţia unei probleme psihice (tehnica "Flash").

Printre greşelile medicului în planul relaţiei sale cu pacientul (după Binswanger şi Luban-Plozza) amintim:

- timpul prea scurt acordat pacientului se răzbună sub apariţia altei tulburări sau boli psihosomatice, ce pot apare după amendarea primelor simptome
- ignorarea unui complex sau probleme psihice ce reclamă un consult psihologic, şi care nesoluţionate vor accentua acuzele somatice
- relaţia impersonală, bolnavul fie îi este indiferent medicului fie i se spune că nu are niciun motiv pentru un consult
- neatenţionarea pacientului asupra unor efecte secundare moderate ale medicaţiei, acesta putând să le dramatizeze.

III. Psihodrama Balint

O alternativă la grupurile Balint de tip clasic este psihodrama Balint întemeiată de psihanalista franceză Anne Cain, 1973.

Ca şi metoda clasică, psihodrama cu medici se limitează la problemele ivite în practica medicală dar spre deosebire de prima, presupune "rejucarea" scenelor din viaţa profesională, în esenţă, **înlocuirea relatării cu acţiunea.**

Conducătorul grupului nu se mai numeşte lider ci animator, confruntându-se cu grupul la un moment dat al acţiunii. El este cel care alege o anumită situaţie, un anumit punct care necesită a fi mai bine definit pentru a fi pus în scenă, urmând ca medicul ce expune cazul să aleagă "actorii" şi să distribuie rolurile, să realizeze discursurile şi scenariul. Specific psihodramei Balint este şi acea "voce off", o replică pe care o va da fiecare participant la grup plasându-se în spatele protagonistului sau celorlalţi "actori". Această replică este o reflecţie proprie ce apare în mintea participanţilor în timpul jucării unei scene.

Ideea de a "introduce corpul în discursul terapeutic" înseamnă de fapt a acorda importanţa cuvenită comunicării non-verbale. Prin recrearea întregii atmosfere se evidenţiază cu uşurinţă atitudinea, diferitele semnificaţii ale gesturilor, adevăratele intenţii, impactul pe care îl are o reacţie asupra celuilalt, indicaţii sugerate comportamental, retrăirea unei situaţii la un nivel emoţional iniţial trecut neobservat, etc.

Prin povestire şi apoi prin joc, ecoul unor astfel de situaţii stabileşte o multiplă relaţie transferenţială între toţi participanţii determinând ca intensitatea participării emoţionale, mai mare decât în metoda Balint clasică, să producă o adevărată revelaţie.

Modelele Monte Verita şi Ascona

După exemplul modelului Balint clasic, B. Luban-Plozza a încercat să lărgească sfera personalului aflat în pozi]ia de îngrijire a bolnavului, introducând în grupele sale de lucru pe lânga medici şi psihologi şi studenţi la medicina precum şi asistente medicale.

Modelul Monte Verita se constituie astfel într-o nouă şi completă abordare a pacientului permiţând atât o analiză responsabilă a bolii cât şi o securizare emotională suplimentară (suport social).

Echipa terapeutică include alături de clinicieni, asistentele medicale precum şi familia bolnavului care ajută la o mai bună identificare a cauzelor bolii şi a condiţiilor de apariţie a crizelor. Discuţia cu medicul este decisivă dar prezenţa unui alt membru al echipei poate fi de asemenea deosebit de importantă. Identificarea factorilor declanşatori, uneori mai uşor de realizat de către o persoană din exterior, va diminua anxietatea bolnavului şi va permite stabilirea legăturii între stresul psihic si o criză sau un atac de panică.

Astfel, prin cooperarea familiei cu medicul se poate preveni apariţia unei crize.

De asemenea, complianţa terapeutică va creşte datorată întăririi indicaţiilor date de medic de către asistente şi familie. Pacientul va beneficia de o atmosferă caldă si optimistă, de ajutorul întregii echipe terapeutice. Rolul echipei de terapeuţi se evidenţiază şi în corectarea unor atitudini negative cum ar fi:

- hipercomplianţa
- abuzul de medicamente
- corticodependenţa
- hipocomplianţa
- refuzul medicaţiei (efecte secundare, intoleranţa)

Biografia pacientului este completată cu date furnizate de familie sau de colegii de muncă (în cazul unor conflicte profesionale), deseori furnizând sursa stresului psihic şi informaţii cu privire la tipul de personalitate al pacientului.

Pentru bolnavul cu tratament de durată sau cu restricţii severe, modelul Monte Verita contribuie atât la vindecare cât şi la constituirea unui bun echilibru psihic. El se constituie astfel ca o strategie medicală modernă, cu scopul de reumanizare a actului medical, cu accent deosebit pe psihologia pacientului.

În ultimele trei decenii, conceptele lui M.Balint au fost dezvoltate de către B.Luban-Plozza în cadrul activităţilor desfăşurate la Centrul de Documentare Balint, cu sediul la Ascona (Elvetia) care coordonează întâlniri si seminarii dedicate prevenirii şi tratamentului stres-ului.

Începând cu 1968, la Ascona se reunesc sub egida Secretariatului General al Consiliului Europei, medici clinicieni, psihologi, psihiatrii, studenţi, asistenţi sociali, încercând să definească o metodă de abordare care să amelioreze relaţia medic-pacient prin creşterea disponibilităţii spre autoreflecţie (asumându-ţi propria realitate) atât în cazul medicului cât şi al pacientului.

Conservând esenţa şi finalitatea grupurilor Balint clasice, Modelul Ascona, propune o nouă formă de învaţare, cea a artei comuncării, găsirea tonului adecvat fiecărui pacient, precum şi identificarea mesajelor non-verbale şi a celor somatice. Fiecare bolnav devine în planul relatiei cu medicul său o experienţă în sine, unică si complexă, participând împreună cu membrii familiei sale la o terapie de grup.

Printre subiectele abordate în grup se regăsesc depresia, angoasa, dificultăţi relaţionale, alcoolismul, tabagismul, corticodependenţa, drogul, cancerul de sân precum şi bolile psihosomatice. Se practică jocul de rol, astfel încât pe parcursul şedinţei, în funcţie de tema evocată, diferenţele dintre specialist şi cel analizat dispar.

Bibliografie

1. *Cain Anne - Psihodrama Balint. Ed.Trei.Bucureşti 1996.*
2. *Iamandescu I. B. Psihologie medicală, Ed. Infomedica, Bucureşti, 1997.*
3. *Iamandescu I. B. Psychoneuroallergology, Ed. Romcartezim, Bucureşti, 1998.*
4. *Luban-Plozza Borris, Laererach-Hoffmann K., Knaak L., Dickhaut H. H. Der Arzt als Arznei, Deutscher, Arzte-Verlag, 1996.*
5. *Moldovan Csila, Bela Trif almos, Zielinski Robert-Îndrumător metodologic pentru grupul Balint. Botoşani 1997.*
6. *Schneider Pierre-Beernard-A propos de la formation psychologique et psychodynamique des medecins. Rev.Med., 117, 721-725, 1997.*

***

II. Psihosomatică aplicată

Capitolul 1

ELEMENTE DE PSIHOSOMATICĂ CARDIOVASCULARĂ

Ioan Bradu Iamandescu

I. Interrelaţii bidirecţionale între factorii psihici şi bolile cardiovasculare

Sfera actuală de preocupări a psihosomaticii include la loc de frunte două categorii de probleme:

❑ **impactul factorilor psiho-sociali asupra sănătăţii** individului (în virtutea unor particularităţi psiho-fiziologice, permeabilizante pentru stress, ale acestuia) şi capacitatea lor de a genera fenomene patologice, ca şi mecanismele prin care ei acţionează;

❑ **rezonanţa organică (neurologică) şi psihologică** faţă de tulburările din cadrul bolilor somatice, inclusiv faţă de situaţia (statutul) de bolnav, ambele tipuri de rezonanţă constituind reculul somato-psihic al patologiei de organ.

În bolile cardiovasculare (BCV), participarea factorului psihogen (reprezentat cu precădere de stress-ul psihic) la constituirea şi modularea evoluţiei lor - în raport cu ceilalţi factori etiopatogenici - este inegală, pe primul plan situându-se HTA şi cardiopatia ischemică (v. tabel 1), ca boli eminamente psihosomatice de largă răspândire, alături de tahicardia paroxistică supraventriculară, hipotensiunea arterială, Boala Raynaud, astenia neurocirculatorie („neuroza cardiacă“) şi alte sindroame psihosomatice cardiovasculare mai rar întâlnite (Sindromul X-Likoff, Sindromul hiperkinetic cardiac primitiv).

Actualmente se poate afirma că în orice boală există o componentă psihosomatică (11, 16), eticheta de boală psihosomatică continuând să fie aplicată doar acelor boli sau sindroame (precum cele de mai sus) în care ponderea etiologică a factorului psihogen este importantă şi, uneori, decisivă, ea fiind apreciată şi instituţionalizată ca factor de risc pentru boala respectivă (8).

A. Tulburările psihosomatice cardiovasculare induse de stress-ul psihic

1. Modalităţi de inserţie a SP în patogeneza BCV

Activitatea psihică - inclusiv desfăşurarea relativ „liniştită" a unor procese cognitive ca atenţia, operaţiile gândirii etc. - exercită o influenţă asupra unor organe cu o bogată inervaţie cum sunt şi cele ale aparatului cardiovascular (ACV) (a se vedea, de exemplu, modificările ECG apărute în cursul unor teste de calcul mental). Se poate atinge un maxim de amplitudine şi persistenţă a modificărilor induse psihogen ale activităţii ACV în cazul unor emoţii violente sau al unor stări de tensiune emoţională prelungită, cuprinse în mod curent în sfera noţiunii de stres psihic (SP).

În condiţiile unei funcţionări normale a ACV, SP provoacă doar răspunsuri fiziologice emoţionale (de fapt, corelatele fiziologice, somato-viscerale, cardiovasculare ale emoţiilor) a căror fixare în pattern-uri „psiho-cardio-vasculare" poate antrena, în decursul timpului şi prin repetarea ori brutalitatea SP, **„aşternerea patului" unor boli organice (marea lor majoritate apărute prin intermediul aterogenezei sau al instalării HTA).**

În această privinţă, studierea efectelor pe termen lung ale SP implică dificultăţi metodologice, lăsând loc adesea unor estimări axate, în principal, pe deducţie.

Pe fondul aterosclerozei coronariene, cerebrale dar şi în alte teritorii vasculare, mai puţin studiate - şi care, cu toate reprezintă studii latente de boală vasculară - **stresul psihic poate acţiona ca trigger al manifestărilor clinice** (crize de amor sau hipertensive, infarct miocardic sau cerebral etc.)

La indivizii cu predispoziţie genetică pentru BCV şi în cazul preexistenţei unor tulburări cardiovasculare funcţionale sau organice, intervenţia SP poate genera modificări importante, prin supraadăugarea la tulburările anterioare, a efectelor descărcării de catecolamine şi a altor mediatori ai reacţiilor de stress. Se poate afirma cu certitudine că **SP grăbeşte (scade vârsta debutului)** apariţia unor BCV „programate" genetic pentru vârsta maturităţii (Iamandescu, 1993) (exemplul cel mai relevant fiind dat de HTA esenţială şi infarctul miocardic apărute la tineri).

Indiferent de acţiunea, imediată sau în timp, exercitată de SP asupra ACV, ea **se intrică cel mai adesea cu cea a unui complex de factori de risc** cu componentă „voluntară", deci evitabil, cum sunt fumatul, consumul de grăsimi şi/sau supragreutatea, excesul de alcool, sedentarismul, somnul redus. Aceşti factori de risc (studiul Alameda cit. de Heim evidenţiază o dublare a mortalităţii în cazul în care sunt cumulaţi 4 sau toţi cei 5 factori enumeraţi) sunt la rândul lor, de asemenea, generaţi de factori psihosociali diverşi, dar în special de stresul psihic.Alteori, există o disfuncţie la nivel de inervaţie a ACV (Malliani -12) sau de receptori, ca în sindromul hiperkinetic primitiv, creând premisele unei acţiuni „zgomotoase a SP asupra ACV, capabilă să realizeze aparenţa unor veritabile BCV organice.

Intervenţia SP în patogeneza BCV exercitată într-un context plurietiologic şi adesea pluripatogenic, are loc în următoarele modalităţi (vezi tabelul 1):

Tabelul 1. Factori etio-patologici implicaţi în evoluţia bolilor cardio-vasculare (sinteză după von Eiff 1980, Iamandescu 1993, McEven 1998, Muşeţoiu 1998).

I. Biologici

- reactivitate vasculară catecolaminică
- cortizol ↑
- estrogeni ↓
- HDL-colesterol ↑
- fibrinogen ↑
- diabet
- obezitate

⇩

Consecinţe favorizante (factori de risc)

- creşterea presiunii sanguine
- creşterea adezivităţii plachetare
  - depunerea lipidelor
  - complicaţii trombotice
- rezistenţă la insulină

II. Psiho-sociali

Trăsături psihice

- nivel intelectual mediu
- agresivitate nativă (+ anger in)
- demoralizare facilă

Influenţe sociale

- statut social
  - scăzut
  - foarte înalt + responsabilităţi majore, constrângătoare
- profesie cu educaţie medie (+ cerinţe crescute)

control profesional scăzut:
- sarcini repetitive
- presiunea timpului
- posibilităţi decizionale reduse

- instabilitate socială
- conflicte - profesionale
  - familiale
- suprasolicitare profesională
- sarcini familiale + profesionale (la femei "munca dublă")

→ **Epuizare Vital exhaustion**

Comportament favorizant pentru bolile cardio-vasculare

- ➢ tipul A
- ➢ consum crescut
  - fumat
  - alcool
  - alimentar (+ grăsimi)
- ➢ sedentarism
- ➢ somn redus
- ➢ agresivitate secundară - descărcare
  - cognitivă
  - comportamentală (violentă)
    - verbală
    - fizică

a) În planul declanşant direct al tulburărilor CV:

- **alternativ** cu alţi factori (de exemplu, un SP poate precipita un puseu hipertensiv sau - în caz extrem - constituie chiar o cauză de deces);

- **sumativă** (în asociere) cu alţi factori, de exemplu, un SP + un efort, declanşează o criză de angor sau chiar un infarct miocardic;

b) În planul evoluţiei bolii:

- participă la edificarea bolilor psihosomatice CV, favorizând „scăderea vârstei" debutului;

- agravează evoluţia acestor boli, favorizând apariţia complicaţiilor şi, uneori, a decesului.

2. Mecanisme generale demonstrate sau posibile privind relaţia dintre SP şi bolile cardiovasculare

În cursul stresului psihic SP se produc constant modificări de tipul unei hiperactivităţi simpato-adrenergice cu implicaţii hemodinamice şi metabolice având influenţe asupra activităţii inimii (debit-bătaie şi frecvenţă), a circulaţiei sistemice (creşterea rezistenţei vasculare periferice, cu HTA consecutivă), generând modificări potenţial patologice, de regulă, direct proporţionale cu gravitatea leziunilor deja instalate la nivelul ACV. Astfel, din studiul argumentelor (epidemiologice şi de laborator) în favoarea existenţei unei relaţii de cauzalitate între SP şi cardiopatia ischemică cronică (CIC), rezultă că ar putea fi invocată posibilitatea ca SP, majore sau preungite pe durate de ordinul a câtorva decenii, să poată contribui la apariţia precoce a bolii coronariene. Taylor consideră că, - **dacă SP este un factor de risc minor pentru CIC la subiectul sănătos - el capătă un caracter din ce în ce mai serios, odată ce boala este constituită** (12).

Deşi mecanismele psiho-fiziologice prin care SP se inseră la nivelul fiecărei verigi a ACV diferă, ele apar pe fondul unei reacţii totuşi generale, de antrenare a cordului şi vaselor, ca un tot organo-funcţional.

Tabelul 2. Inserţia factorilor psihosociali în contextul factorilor biologici implicaţi în etiopatogeneza infarctului (sistematizarea personală după autorii X (n).

FACTORI GENETICI
- hiperrectivitate vasculară (Moga)
- persistenţa TA crescute după un test aritmic (1)
- hiperreactivitate vasculară la catecolamine (TAB) (19)
- modificări structurale în hipotalamus poster favorizând amploarea SP (von Eiff)

FACTORI HORMONALI
- testosteron ↑
- estrogen ↓ - menopauză precoce „de stres"
- catecolamine ↑ ← stresul psihic **acut** de orice fel
- cortizolul ↑ ← stresul psihic cronic cu reacţii de abandon sau situaţii de „pierdere"; la femei cu „încărcare alostatică" excesivă (2) stările depresive

FACTORI METABOLICI
- colesterolul ← stresul psihic acut (catecolamine)
  ← stresul psihic profesional cu recompense mici asociat cu fumatul, exces ponderal şi de exces de alcool (3, 4)
- LDL ↑ ← SP la femei
- HDL ↑ ← încărcare alostatică la femei (2)
- Acizi graşi ← stresul psihic acut de orice fel
- Trigliceride ← stresul psihic cronic + fumat + contraceptive orale (femei) (5)

FACTORII COAGULĂRII
- Fibrinogenul ↑ - fumători (← crește în SP)
  - nefumători - calificare redusă
  - aglomerare familială și izolare socială (6)
  - iritabilitate, epuizare, demoralizare (3, 4)
- adezivitatea plachetară (betatromboaglutinina plasmatică)
  - stresuri acute; ostilitatea exprimată (agresiviate) (8)
- inactivare plasminogen tisular
  ← SP profesionale cronice și oboseală excesivă (vital exhaution) (9,10)

FACTORI VASCULARI
- **HTA** ← SP profesionale cu sarcini crescute și control redus decizional (1) în condiții de suport social redus
- **microcirculație**
  - tromboze
  - ruptură placă ateromatoasă ← indirect prin creșterea adezivității plachetare, ischemia relativă (ambele prin catecolamine și ceilalți factori)
  - ↓ NO (vasodilatație sintetizată de endoteliu) ← este scăzut indirect în cursul creșterii TA și a colesterolului plasmatic ← scade în stresul mental (11)
- **modificări bioelectrice** ← profilul lipidic generat de combinația: exces de catecolamine pe fondul excesului de cortizol din depresive (35)

Autorii citați: *1. McEven; 2. Gold; 3. Siegrist; 4.Cleophos; 5. Smoak; 6. Roshegren; 7. Fukunishi; 8. Markovitz; 9. Appels; 10. Kov; 11. Cannon; 12. Pringle*

În reacția de stress, cel puțin pe durata SP, există la nivelul ACV **efectele unei hiperactivități neuro-vegetative simpatice și ale eliberării de catecolamine și a celorlalți hormoni de stres** (ACTH, cortizolul, hormonul somatotrop, prolactina, vasopresina, substanțe opioide etc.). În plus, **modificările metabolice** induse în primul rând de modificările dislipidemice de stres creează premisele unei stări de **hipercoagulabilitate** (creșterea adezivității plachetare, conjugată cu scăderea activității fibrinolitice) cu risc de tromboză și embolizări secundare ale rețelei arteriolare coronariene, leziunile putând genera aritmii grave, inclusiv fibrilația ventriculară și moartea subită (ABE). De asemenea, **acțiunea aritmogenă a acizilor grași liberi se conjugă cu cea a catecolaminelor și hipoxiei**, fiind agravată de către acestea din urmă.

Hiperfuncția simpatică, prezentă în cele mai multe cazuri de SP, maschează **efectele acestuia mediate vagal**. Ele pot fi evidențiate („demascate") în unele situații, de exemplu rărirea bătăilor inimii în cazul vizionării unor scene de violență filmate, când nivelul catecolaminelor subiectului este, totuși, foarte crescut (Carruthers) (4).

Este posibil ca exprimarea cu precădere la nivelul aparatului cardiovascular a reacţiilor generate de SP să aibă o **bază genetică modelată de experienţa individului**.

Aceste pattern-uri psiho-fiziologice, declanşatoare de reacţii cardiovasculare - prezente la majoritatea indivizilor, dar cu nuanţe adesea subtile diferenţiatoare - se pot constitui, de-a lungul unei existenţe presărate cu numeroase şi importante SP, în posibili agenţi etiologici ai unor afecţiuni cardiovasculare. Astfel, analiza unor expresii emoţionale negative ca: anxietatea, mânia şi depresia, relevă atât modificări ale frecvenţei şi regularităţii ritmului cardiac, cât şi existenţa unor tulburări vasomotorii (de regulă, vasoconstricţie, cu creşterea tensiunii arteriale), percepute prin măsurători obiective, dar cel mai adesea subiectiv (palpitaţii, uneori neregulate - extrasistole, răceala extremităţilor, cefalee etc.). Dispneea, ca semn al tulburărilor psihosomatice (TPS) induse de SP la nivelul aparatului respirator, poate să apară însă şi ca efect al unei HTA de stress, în timp ce durerea coronariană de natură ischemică este indusă de SP aproape constant pe un pat coronarian ateromatos, mai rar putând fi consecinţa unui vasospasm la un subiect normal (13, 14, 16).

În condiţiile existenţei unei boli cardiace cu evoluţie severă, chiar „eustress-ul“ - reprezentat de unele stări de intensă bucurie, de exemplu - poate antrena, prin aceleaşi modificări de tip simpaticoton, apariţia unor complicaţii grave, fiind cunoscute morţi subite la unii suporteri, bolnavi coronarieni, după marcarea unui gol de către echipa favorită.

3. Gradul de reversibilitate al tulburărilor psihosomatice cardiovasculare

Cu toate că marea majoritate a SP generează tulburări funcţionale reversibile de-a lungul unor decenii, există situaţii în care reacţia ACV la stres poate avertiza asupra instalării ulterioare a unei anumite boli (cazul creşterii disproporţionate în SP a valorilor tensionale **la tinerii hiperreactivi vasculari**, cu antecedente familiale de HTA) (Moga). Nu tot aşa se întâmplă cu cazurile în care „reversibilitatea“ unor **tahicardii paroxistice prelungite, induse psihogen la un coronarian**, nu mai poate evita, la un moment dat, apariţia unui IM (prin scăderea debitului coronarian, în condiţii de creştere a consumului de oxigen).

În sfârşit, există situaţii când tablouri patologice relativ sistematizate - fără afectare cardiacă, dar cu sensibilitate extremă a ACV faţă de SP, cum **este sindromul DaCosta - îşi menţin reversibilitatea** şi nu evoluează spre organicitate nici după 30 de ani de evoluţie (12).

B. Răsunetul cerebral al tulburărilor aparatului cardiovascular

Atât tulburările psihosomatice cardio-vasculare fiziologice - în marea lor majoritate reversibile - din cursul SP, cât mai ales cele fiziopatologice, prezente cvasiconstant (de exemplu, insuficienţa cardiacă) sau incidental (de exemplu, sindromul Adams-Stokes, unele scăderi ale debitului vascular

cerebral în insuficienţă aortică, sindromul ortostatic etc.) exercită o influenţă la nivel cerebral, atât pe plan neurologic (organic), cât şi psihologic, fie ca percepţie senzorială a unor disfuncţii, fie ca o observare cu rezonanţă afectivă negativă a propriei boli.

1. Tulburările neurologice la bolnavii cardio-vasculari sunt adesea ignorate chiar la bolnavii cu o hipoxie cerebrală cronică, la care concură atât procesul de ateroscleroză cât şi **scăderea debitului cerebral de cauză hemodinamică (insuficienţa cardiacă**, în primul rând). Simptomele cele mai frecvent întâlnite în aceste condiţii sunt: **cefaleea, astenia, insomnia**, adesea grupate într-un sindrom neurasteniform şi favorizând alte tulburări ca: **scăderea atenţiei** şi **memoriei**, uneori chiar a **fluxului ideaţional**. De regulă, apare o fatigabilitate intelectuală pronunţată. Toate aceste tulburări conduc şi la modificări dispoziţionale ale bolnavului, care devine **anxios şi/sau depresiv**.

Tulburări neurologice, de gravitate variabilă, apar în **sindromul Adams-Stokes** şi în tulburările de irigaţie cerebrală date de către salvele de extrasistole ventriculare, ca şi de tahiaritmiile cu frecvenţă foarte ridicată (mai ales adăugate pe un pat vascular îngustat prin ateromatoză).

În acest cadru intră şi **encefaloptia hipertensivă**, sindrom neuro-psihic complex ce exprimă impactul neuro-psihic al unor crize hipertensive severe.

2. Tulburări somato-psihice inductoare de SP la bolnavii cu afecţiuni cardiovasculare

Inima a devenit de-a lungul timpului sinonimă cu sufletul omului („anima"), în ceea ce priveşte oglindirea nuanţată a vieţii afective umane, prin tulburări prompt instalate şi percepute de subiect, în condiţiile apariţiei oricărei emoţii sau persistenţei a variate sentimente. Este cunoscut şi faptul că adesea, **orice variaţie de frecvenţă cardiacă sau tensională**, sesizată în plan subiectiv de către un subiect sănătos (cu atât mai mult dacă este cardiopat) - generează o anxietate de intensităţi variate. Un real SP este indus de apariţia unor palpitaţii la un bolnav care se ştie suferind de aritmie extrasistolică - în special cu ES ventriculare, percepute şi subiectiv, mai penibil - au un prognostic mai rezervat decât cele supraventriculare. SP este şi mai intens dacă bolnavul a aflat din diverse surse că extrasistolele pot fi o expresie a unui infarct miocardic sau a altor boli cardiace ori pot fi urmate de tulburări grave (inclusiv moartea subită). **Tulburările somato-psihice** (TSP) se definesc, ca în aceste exemple, drept tulburări psihice apărute ca ecou al unor suferinţe somatice cardio-vasculare. În situaţiile menţionate, se închide adesea un cerc vicios între TSP şi amplificarea tulburărilor de ritm prin descărcările de catecolamine şi celelalte modificări neuro-umorale caracteristice SP. Acelaşi lucru este valabil şi pentru **crizele de tahicardie paroxistică** (cele supraventriculare având o legătură mai netă cu SP, mai ales când survin la hipertiroidieni, care au şi un psihic mai labil).

O poziţie particulară o ocupă **durerea coronariană** anginoasă şi cea din IM (stresantă, ce necesită adesea apelul la medicaţia opiacee), ambele tipuri de coronaralgii beneficiind şi de medicaţia anxiolitică (17).

În sfârşit, cea mai mare încărcătură psihică survenită ca reacţie somato-psihică - o constituie durerea şocogenă, generatoare a unei extreme anxietăţi (în unele infarcte miocardice, sau pulmonare, în sindromul de ischemie periferică acută, etc.).

3. Impactul psihic negativ al stării de bolnav cardiac.

Purtătorii bolilor cardiovasculare cu evoluţie cronică sunt adesea denumiţi „cardiaci". Sub această etichetă, în mod inevitabil, bolnavii dobândesc un statut social aparte, legat de necesitatea menajării lor de la o serie de stress-uri fizice (mai puţin SP, exigenţa respectivă nefiind uşor de respectat de către cei din jur).

Situaţia aceasta implică o serie de **restricţii, în special legate de efort** fizic (uneori cu limitarea şi a activităţii sexuale), dar şi de o serie de activităţi cu importante efecte antistresante (drumeţii, sporturi, activităţi fizice deosebite etc.). La acestea se adaugă şi efectul afectiv determinat de oprirea fumatului şi restricţiile la consumul de alcool şi cafea.

La toate aceste surse de SP se adaugă, de obicei nemărturisite, **perspectivele morţii subite** (în special la cei cu antecedente de infarct) sau **ale unor complicaţii redutabile** (accidente vasculare cerebrale generatoare de pareze şi paralizii, edeme pulmonare la hipertensivi ori valvulari etc.). Cele mai stresante sunt **situaţiile concrete ale unor bolnavi operaţi** (proteze valvulare, pace-makeri etc.), la care, pe lângă riscul chirurgical propriu-zis - intervine şi teama suplimentară întreţinută de posibilitatea unor defecte tehnice legate de aparatura respectivă. De asemenea, **ameninţarea recidivei de infarct** sau a complicaţiilor acestuia şi mai ales prezenţa lor, creează o stare de teamă permanentă, expresie a unui SP de diferite grade de intensitate, cu rol negativ în evoluţia însăşi a bolii de bază coronariene. Aceasta limitează mult iniţiativele bolnavului, fiind necesară adesea o reinserţie socio-profesională condusă de un psiholog experimentat, colaborând însă strâns cu medicul cardiolog sau internist.

În acelaşi mod, **bolnavul hipertensiv - care îşi cunoaşte, din senzaţiile subiective** ce însoţesc creşterile tensionale, apariţia unui puseu hipertensiv - amplifică uneori severitatea acestuia prin SP în care intră odată cu evaluarea ameninţării complicaţiilor (desigur, alături de trăirea disconfortului somatic legat de puseul respectiv).

II. Argumente epidemiologice şi experimentale privind implicaţiile stresului psihic în etiopatogeneza bolilor cardiovasculare

A. Situaţii cu valoare de SP pentru majoritatea indivizilor

Pornind de la observaţiile clinice curente care „au relevat o relaţie empirică între unele evenimente din cursul vieţii şi consecinţele lor asupra

sănătăţii fizice şi mentale" (9), au fost iniţiate o serie de cercetări epidemiologice uzând de anchete şi chestionare referitoare la situaţiile existenţiale stresante sau analizând o serie de parametri fiziologici (mai ales hormonii „de stress") la subiecţii având **profesiuni cu înalte responsabilităţi, în contextul unor sarcini care reclamă vigilenţă, neprevăzut şi luare de decizii „în criza de timp"** (Rose). Scala elaborată de Holmes şi Rahe (1967) ierarhizează aşa-numitele „life changes" („cantitatea de schimbări necesare individului spre a face faţă diferitelor evenimente din cursul vieţii"), permite elaborarea unui prognostic privind „riscul" de îmbolnăvire de o boală somatică (infarctul de miocard, de exemplu, la un individ, în funcţie de „acumularea trimestrială a stresurilor").

În acelaşi timp, a fost studiat **rolul unor factori ambientali** în apariţia şi agravarea evoluţiei unor BCV (ca în studiul lui von Eiff referitor la rolul nociv al zgomotului aeroportului din Bonn, favorizând creşterea incidenţei HTA la lotul de persoane locuind în zona limitrofă). De asemenea, au fost imaginate veritabile „**teste de stress**" (filme cu scene de violenţă, accidente de muncă etc.) spre a se urmări variaţia diferiţilor parametri funcţionali din cursul SP (inclusiv ai ACV). Un test recent de stress, lipsit de nocivitate şi utilizat la bolnavii hipertensivi, este cel în care „sarcina" este reprezentată de jocuri la calculator (Sime) (3).

B. Factori psihocomportamentali de risc în bolile cardiovasculare

O atenţie deosebită se acordă (de către psihologi, în special) studierii unor trăsături de personalitate cu risc crescut de a contracta BCV, mai ales cele psihosomatice, azi fiind incluse (11) în această categorie: hipertensiunea arterială, cardiopatia ischemică coronariană, tahicardiile paroxistice, ateroscleroza şi Boala Raynaud. Chiar dacă existenţa unei personalităţi strict specifice anumitor boli psihosomatice este cvasiunanim contestată - în ultimii ani, s-a schematizat pentru boala coronariană un veritabil sindrom comportamental compus dintr-o serie de factori psiho-comportamentali de risc pentru această boală. Acest tip, denumit „Type A behaviour pattern" (TABP), este prezent la subiecţi cu diferite tipuri de personalitate (psihastenic, isteric, paranoid etc.), unificaţi prin posedarea unor însuşiri comportamentale asemănătoare (faţă de realizarea unei sarcini, de obicei profesionale) şi de raportare la cei din jur (8).

El este actualmente considerat un factor de risc pentru apariţia IM. Cercetările din ultimul deceniu au evidenţiat implicarea tipului A şi în apariţia altor boli psihosomatice cardiovasculare (HTA) sau de altă natură (ulcer gastric şi duodenal).

Subiecţii cu tip comportamental A prezintă de 2 ori mai frecvent cardiopatie coronariană decât cei cu tip comportamental B (12). Tipul A, în raport cu tipul B, pare să fie corelat şi cu o tendinţă de creştere mai rapidă şi mai marcată a secreţiei de catecolamine sau a nivelului seric al acizilor graşi şi colesterolului la apariţia unui SP profesional (3, 20).

Contestarea de către mulţi autori a rolului negativ jucat de TABP în boala coronariană au impulsionat studii care au analizat diversele componente (factorii A, S, H şi J) ale acestui comportament (v. tabelul 3, pag. 13)

O serie de date sugerează că subiecţii cu tipul comportamental A - care îi propulsează spre sferele superioare ale ierarhiei profesionale - plătesc un tribut mai mare stress-ului profesional decât subalternii lor (2), justificând apariţia, în literatura medicală, a noţiunii de „Managers' Diseases", în care cardiopatia coronariană şi HTA ocupă un loc de frunte (v. Stockmeyer şi colab. care evidenţiază factorul, presiunea sarcinii şi a timpului, ca factori de risc pentru apariţia stresului psihic şi **nu** pentru coronare, la personalul de conducere „formen" din industrie.Ei consideră că aceşti şefi reuşesc să se adapteze („desensitization") la stresul profesional prin mecanisme de coping adecvate. Cercetări mai recente relevă şi impactul coronarian negativ al suprasolicitării profesionale, în criză de timp (lucrul la bandă rulantă) în condiţiile unui control decizional redus la muncitorii cu o calificare joasă („blue collars").

III. Tulburări funcţionale cardiovasculare psihogene

Tulburările psihosomatice cardiovasculare funcţionale reprezintă **modificări fiziologice brutale**, dar reversibile - pe un cord adesea indemn - ale parametrilor esenţiali cardiovasculari, apărute adesea ca simptome de „rezonanţă afectivă" la o serie de stimului stresori şi afectând principalii parametrii hemodinamici (volum sistolic, frecvenţă cardiacă, tensiune arterială, tonus vasomotor etc.). **Gradul de reversibilitate şi, mai ales, constanţa reversibilităţii în timp sunt tot mai reduse la subiecţii cu predispoziţii genetice** pentru boli cardiovasculare, al căror debut este precedat sau se manifestă printr-o amploare şi persistenţă crescută a acestor tulburări cardiovasculare funcţionale.

1. Tulburări de ritm

a) Tahicardiile şi bradicardiile regulate induse psihogen au la bază corelarea frecvenţei cardiace cu reflexele de apărare sau de orientare către un stimul. Astfel, în cazul unui stimul intens (sonor, de exemplu), resimţit ca nociv de către un subiect, apare o accelerare a frecvenţei cardiace (reflexul de „apărare", „defensiv") în timp ce - la o intensitate redusă a aceluiaşi tip de stimul - intră în acţiune reflexul de orientare, corelat cu o rărire a bătăilor cardiace (Lader) (3). Master a realizat un experiment în care - prezentând diapozitive cu conţinut „plăcut" capabile să reducă frecvenţa cardiacă la toţi subiecţii lotului cercetat - a provocat inversarea acestui răspuns, deci tahicardie, la o parte din bolnavii fobici incluşi în acest experiment. Acestora le-a prezentat, anterior expunerii acestor imagini, stimuli „fobici" (cu conţinut stresant legat de fobiile acestora) (3). Efectul generator de tahicardii al SP se manifestă atât prin accentuarea unei tahicardii sinusale preexistente într-o serie de sindroame psihosomatice cardiovasculare, cât şi prin declanşarea de tahicardii paroxistice supraventriculare.

Un fapt cu o semnificaţie aparte pentru mecanismele psihofiziologice generale ale SP îl constituie discrepanţa dintre nivelul crescut de catecolamine şi frecvenţa joasă cardiacă la subiecţii aşezaţi pe scaunul stomatologului în aşteptarea unui tratament dentar. Pentru astfel de situaţii a fost sugerat un mecanism vagal de contracarare a răspunsului tahicardic indus de catecolamine în SP, dar pare posibilă şi o excitare a zonei reflexogene sino-carotidiene (19).

b) Extrasistolele reprezintă cea mai frecventă tulburare de ritm apărută în cursul SP.

Analiza - pe baza unor înregistrări prelungite (Holter) - a proporţiei de extrasistole apărute sub influenţa unor emoţii, în raport cu numărul de bătăi normale, a pus în evidenţă creşteri ale numărului variind între 3-30% (4).

Extrasistolele (ES), induse psihogen, sunt mai frecvent ventriculare decât atriale (13) şi apar prin medierea influxului nervos declanşat de stimuli psihici şi transmis pe cale vagală sau simpatică. Klumbies deosebeşte ES psihogene **la individul normal** de cele **din nevroze,** opinând că în diverse stări afective, pot surveni ES, fără ca la baza lor să se afle obligatoriu o nevroză. Adesea, astfel de ES pot dispare prin simpla reajustare a activităţii profesionale, cu ocolirea unor situaţii generatoare de SP, ca de exemplu, schimbarea unui loc de muncă stresant.

La bolnavii cardiaci, cu cât emotivitatea lor este mai mare, cu atât apar mai multe ES, induse nu numai de SP, ci şi de efortul fizic. Spre deosebire de subiecţii fără afecţiuni cardiace, ES apărute la bolnavii cardiaci induc la aceştia din urmă un veritabil recul somato-psihic, prin semnificaţia pe care le-o acordă bolnavul, aflat într-o stare de „mereu la pândă". Se pot instala, din acest motiv, adevărate cercuri vicioase. Există în atari situaţii - mai ales în cazul ES ventriculare - **pericolul unei fixări iatrogene** şi cronicizări. Mijloacele terapeutice medicamentoase, axate pe simptomele somatice, sunt capabile să lichideze această fixare într-o mai mare măsură decât psihoterapia centrată pe simptom.

c) Fibrilaţia atrială. Episoadele tranzitorii de fibrilaţie atrială paroxistică, apărute **în cadrul unui SP**, sunt estimate la circa 3% (17).

Faptul că fibrilaţia atrială mai apare şi reflex, aşa cum s-a demonstrat după traumatisme craniene sau **după îndepărtarea unui dop de cerumen** auricular, dovedeşte posibilitatea ca SP să poată acţiona pe calea nervilor vag şi accelerans asupra nodului sino-atrial. Totodată, se poate înţelege şi de ce unii indivizi prezintă **accese de fibrilaţie atrială paroxistică la mirosuri neplăcute** sau la atmosfera supraîncălzită (14).

Au fost semnalate şi cazuri când **la acelaşi subiect, de regulă stresat, apar tulburări de ritm diferite** în funcţie de starea de somn sau de veghe (ES, fibrilaţie atrială, tahicardie sinusală ori paroxistică).

2. Tulburările de conducere induse de SP

Au fost mai puţin studiate şi sunt reprezentate de lărgirea complexului QRS şi scurtarea amplitudinii acestuia. După Klumbies, aceste valori ating

în cursul unei **excitaţii provocatoare de spaimă**, 0,07 secunde şi, respectiv 1,38 mV, comparativ cu traseul de bază (0,01 secunde şi respectiv 1,68 - 1,83 mV). O observaţie deosebită este relatată de Koch (cit. de 17), care a reuşit în decursul a 3 săptămâni de **tratament zilnic prin hipnoză**, să crească alura AV la un bolnav cu bloc AV total, de la 12 bătăi/min. la 40 bătăi/min., făcând să dispară (în această perioadă !) crizele zilnice Adams-Stokes de dinaintea acestui tratament.

3. Dureri precordiale, retrosternale sau cu un alt sediu toracic

La bolnavul cardiac, apariţia lor poate fi expresia unei stări de tensiune psihică, care se exprimă în plan somatic - în cazuri de cardiopatii, pe un pat coronarian cel mai adesea afectat de ateromatoză - prin **generarea unui spasm** (9, 13) ori a unei creşteri a consumului miocardic de oxigen în condiţiile unei **irigaţii coronariene deficitare**.

La subiectul indemn de o afecţiune organică a ACV, durerea precordială apare prin **excitarea intensă a terminaţiilor senzitive simpatice din pereţii coronarelor, excitate de distensia aortică** (Malliani) (12). Acest mecanism ar putea explica mai bine numeroasele situaţii în care bolnavii nevrotici, cei cu sindrom DaCosta sau chiar unii subiecţi normali, acuză precordialgii (fără caractere de durere coronariană) în stări de anxietate care - în plus - se însoţesc de hiperventilaţie inconştientă, generatoare de dispnee, dar şi de un posibil spasm al musculaturii pectorale. Pentru psihologul clinician este utilă cunoaşterea caracterelor durerii precordiale de cauză coronariană, fie pentru a sesiza la bolnavul investigat implicarea stresului psihic în generarea acestuia, fie pentru a o exclude în cazul unor dureri „sine materia“ pur psihogene sau, în cel mai rău caz, de cauză extracardiacă (cel mai adesea nevralgice, intercostale). Pentru lucrarea de faţă, ne limităm la a înfăţişa - după Braun-Wald - caracterele generale ale durerii coronariene (din angină sau infarct): apăsare retrosternală constrictivă, cu iradiere în umărul şi antebraţul stâng (iradieri atipice în mandibulă sau în ambii umeri, etc.) şi apariţie la efort (în special după mese) sau stres psihic („excitare emoţională“). Dispariţia accesului anginos are loc (criteriu de patognomie) după nitroglicerină sau la oprirea efortului (repaus). (O nevralgie intercostală, foarte frecvent confundabilă cu angina pectorală, persistă şi în repaus.)

4. Dispneea „cardiacă“ în cursul SP

În afara dispneei apărute la subiectul normal, supus unor emoţii puternice, există o serie de afecţiuni cardiace, în special cele cu stază pulmonară (insuficienţa cardiacă congestivă, valvulopatii mitrale etc.) la care SP generează **agravarea dispneei preexistente**. Mecanismele care intervin sunt reprezentate de accelerarea reflexă a ritmului respirator, în cursul SP, împreună cu solicitarea unor parametri hemodinamici situaţi la limita eficienţei, instalându-se un cerc vicios între SP şi agravarea dispneei, capabil să conducă în cazuri extreme la apariţia unui edem pulmonar acut.

De altfel, **anxietatea este reputată ca generând hiperventilaţie** (13, 20).

Pentru medic este suficient să observe accentuarea dispneei la un cardiac în cursul unui SP şi legătura cauzală devine plauzibilă înainte ca el să mediteze la faptul că morfina, într-un edem pulmonar acut intervine şi prin liniştirea bolnavului (pe lângă mecanismele cunoscute).

5. Variaţii ale tensiunii arteriale

Reacţia catecolaminică de stres generează răspunsuri hipertensive chiar la subiectul normal, însă la bolnavii cu HTA există, atât un nivel mai crescut al acestei secreţii faţă de indivizii sănătoşi supuşi unui SP similar, cât şi un nivel mai redus al excreţiei urinare de kalicreină (generatoare de bradikinină, mediator cu rol intens vasodilatator) (4).

Referitor la creşterea TA, la subiecţii sănătoşi, sub efectul SP, Elliot şi Morales - Ballejo, au reuşit - cu ajutorul unui test de stres reprezentat de concentrarea subiecţilor asupra unui **joc video (ca o sarcină mediată beta-adrenergic)** - să diferenţieze trei categorii de reacţii: „**output reactors**“, la care TA creşte exclusiv pe seama debitului cardiac (volum sistolic x frecvenţă), fără modificarea rezistenţei vasculare totale, „**vasoconstrictive reactors**“, la care TA creşte exclusiv prin vasoconstricţie periferică şi „**combined reactors**“, la care TA creşte prin ambele mecanisme. Această clasificare a pattern-urilor celor 3 parametri are implicaţii terapeutice clare, în sensul prescrierii de betablocante pentru „output reactors“ şi de vasodilatatoare pentru „vasoconstrictive reactors“.

Diferit se exercită **rolul SP, pe un teren cu miopragie funcţională** vasculară, în apariţia sindromului hipotensiv. De ce hipotensiune şi nu hipertensiune? Considerăm că este posibil ca, pe lângă o serie de particularităţi enzimatice la nivelul receptorilor peretelui vascular, să existe şi o fază inaparentă, premorbidă cu valori normale tensionale, în cursul cărora s-ar fi putut epuiza, sub acţiunea unui SP cronic sau repetitiv, mijloacele uzuale endocrine (răspunsul secretor al ACTH, de exemplu) de răspuns la agresiunea unor agenţi stresori persistenţi, „consumativi“. Ne referim la **fazele unui SP prelungit înfăţişate de Mills** (4): creşterea iniţială a secreţiei de cortizol, diminuarea ei în cazul persistenţei SP (ca urmare a revenirii la normal a serotoninei hipotalamice şi a diminuării descărcării de ACTH) şi, în sfârşit, scăderea secreţiei cortizolice la un nivel apropiat de cel întâlnit în boala Addison (analog cu hipocorticismul de disprotecţie descris de Coculescu). Interesant este că astfel de sindroame adisoniene „de epuizare“ sub efectul SP cronic, sunt amendate după circa 4 săptămâni de tratament cu antidepresive.

6. Modificările vasomotorii în diverse teritorii, apărute sub efectul SP

Ele pot fi apreciate direct prin observaţie (**eritemul pudic, paloarea** din stările de spaimă, groaza, sau din crizele vasospastice de tip Raynaud, opusă expresiei fizionomice de „**roşu la mânie**“), ca şi indirect, prin pletismografie.

Importante apar **stările lipotimice produse de ischemia cerebrală** apărută în cursul unui SP, soldat fie cu un răspuns hipotensor **(inhibiţie vaso-vagală)**, fie cu diferite tulburări cardiovasculare menite să scadă irigaţia cerebrală (**tulburări paroxistice de ritm**, de exemplu). Klumbies citează cazul împăratului Tiberius, care, la auzul despre urcarea sa pe tron, nu şi-a mai putut încălţa o cizmă, dar nici pe cealaltă - deja încălţată - nu şi-a mai putut-o scoate, datorită venodilataţiei provocate de acel eustress.

7. ECG în cursul SP

Reprezintă un mijloc ideal de a obiectiva un SP. **La un subiect normal nu se pot evidenţia modificări ischemice coronariene de tip vasospastic în perioada examinării**, în timp ce bolnavii coronarieni - care pot prezenta crize de angor induse psihogen - exteriorizează mai uşor pe ECG **influenţa SP (generatoare nu numai de vasospasm, ci şi de un dezechilibru între consumul de oxigen crescut de descărcarea de catecolamine şi posibilităţile scăzute ale irigaţiei coronariene afectate de boală).**

ECG poate prezenta toate modificările de ritm sau de conducere discutate anterior (multe nefiind percepute subiectiv), dar şi alte aspecte, diferite de acestea. Cel mai mult interesează **subdenivelarea segmentului ST** (cu peste 1 mm), studiată sistematic de către Klumbies şi Kleinsorge (cit. de 17) mai ales prin metoda sugerării bolnavului, aflat sub hipnoză, a unor situaţii psihotraumatizante din biografia acestuia, unele dintre ele având valoare stresantă maximă (electivă, nefiind valabile şi pentru alţi subiecţi). Lapccirella a observat **subdenivelarea ST la subiecţi fără cardiopatii, înaintea unei intervenţii chirurgicale** (cit. de Taylor 19). Interesant este că la aceşti din urmă bolnavi a fost surprinsă apariţia subdenivelării ST în condiţii exclusive de SP, **bolnavii respectivi având rezultate normale la proba de efort**, iar studierea lor amănunţită - prin metode de laborator minuţioase, inclusiv coronarografii - nu a decelat un substrat organic, permiţând astfel să se tragă concluzia naturii vasospastice funcţionale a acestei modificări a ECG, în contextul unor modificări minime ale funcţiei cardiace şi tensiunii arteriale în aceleaşi condiţii de stress.

Desigur că va trebui urmărit dacă astfel de subiecţi devin coronarieni cu vârsta ori dacă ei au pattern individual de somatizare (cardiacă) a emoţiilor. Trebuie, totuşi, menţionat că **subdenivelarea ST în cursul SP nu apare decât la o mică parte din subiecţii indemni de cardiopatie coronariană.** Majoritatea persoanelor sănătoase îşi menţin şi în cursul SP traseul lor normal de repaus.

IV. Boli şi sindroame cardio-vasculare psihosomatice

1. Hipertensiunea arterială

Cum printre parametrii stării de SP se înscrie şi creşterea mai mult sau mai puţin exprimată a tensiunii arteriale (TA), ca urmare a activării simpato-adrenale de stres, este de aşteptat ca **în decursul vieţii unui individ, acumularea a numeroase SP să creeze condiţii favorabile pentru apariţia hipertensiunii arteriale (HTA).**

Există dovezi în favoarea unui teren genetic la anumite animale, care dezvoltă uşor HTA printr-o hiperactivitate vasculară faţă de SP, după cum la anumiţi subiecţi din populaţia umană, cel puţin în momentul în care au devenit hipertensivi, s-a demonstrat un **răspuns catecolaminic la SP mult mai crescut decât la normotensivi.**

Actualmente, este admis că SP este implicat, în primul rând, în apariţia - la tinerii hiperreactivi - a **unei HTA juvenile „tranzitorii"** (Klumbies) şi mai ales a unei **creşteri tensionale disproporţionate la efort** (Kulawick le denumeşte „labile hypertone Regulationsstorungen").

Asemenea subiecţi hiperreactivi vasculari, studiaţi la noi de Moga, au fost încadraţi, în 1975, de către o comisie de experţi OMS în categoria HTA de limită sau labilă (**„borderline hypertension"**).

În ultimii ani s-a demonstrat că 1/5 din subiecţii aparent sănătoşi prezintă o reactivitate cardio-vasculară crescută (**„hot reactors"**), evidenţiabilă chiar printr-un simplu test de calcul mental. Ei sunt mai predispuşi să dezvolte valori hipertensive în timpul diferitelor SP profesionale sau familiale. Mai târziu, o mare parte din aceşti bolnavi vor deveni hipertensivi permanenţi, intrând în rândul bolnavilor cu HTA esenţială.

Referitor la intervenţia SP în apariţia şi evoluţia HTA, vom distinge, după ce am analizat şi categoriile de bolnavi mai sus menţionate, următoarele grupe:

a) **Bolnavi tineri hiperreactivi vasculari care vor dezvolta o HTA tranzitorie juvenilă cauzată** de o configuraţie existenţială stresantă şi care vor putea fi chiar vindecaţi odată cu dispariţia sursei stresante ori printr-o psihoterapie dirijată (cuplată sau nu cu training autogen) (cf. Klumbies ori Kulawick);

b) Bolnavi de **peste 40-45 ani, vârsta la care apare în mod obişnuit HTAE, având între factorii precipitanţi ai debutului bolii, SP;**

c) **Bolnavii hipertensivi vechi** (cu HTAE sau HTA - secundară), aflaţi în cursul evoluţiei bolii şi la care **SP poate produce paroxisme tensionale,** soldate sau nu cu complicaţii, dintre care edemul pulmonar acut, ca şi accidentele vasculare cerebrale, reprezintă situaţii în care SP acţionează, prin intermediul acestor creşteri ale tensiunii arteriale. Un element psihogen, fără atributele stresului psihic (poate doar o condiţionare cu un SP iniţial) îl constituie „sindromul halatului alb" (Weisskittelhypertomie), reprezentat de TA cu ocazia controlului medical decât cele măsurate la domiciliu. Buddenberg şi Laederach propun ca soluţie procurarea de către astfel de pacienţi hipertensivi a unor aparate cu baterii pentru măsurarea TA la domiciliu.

În plus, HTA, agravată de SP, contribuie la accelerarea procesului aterosclerotic, cât şi la apariţia bolii coronariene, alături şi de ceilalţi factori de risc.

2. Cardiopatia ischemică coronariană

a) În **angina pectorală** (AP), legătura dintre SP şi declanşarea cvasisimultană a accesului anginos, este mult mai uşor de stabilit decât în cazul infarctului miocardic, unde se întâmplă să treacă câteva ore până la apariţia

simptomelor „de debut". În privinţa intervenţiei SP la debutul AP, există studii epidemiologice capabile să ilustreze ponderea încărcării stresante a bolnavilor anginoşi, în raport cu lotul martor (subiecţi sănătoşi). Russek a stabilit existenţa unei stări de **tensiune emoţională intensă şi prelungită, înainte de apariţia primei crize de angor, la 91%** din cei 100 de bolnavi coronarieni studiaţi (12). SP care stă la baza acestor tulburări **acţionează**, datorită „hormonilor de stres", prin mecanisme multiple hemodinamice, începând cu **creşterea exagerată a nevoilor de oxigen (raportate la o perfuzie miocardică redusă prin ateromatoză) ca şi prin inducerea unei hipercoagulabilităţi sanguine** (v. tabelul 2).

Totodată, existenţa unor simptome nevrotice (**depresie, iritabilitate, insomnie, anxietate**) a fost găsită de două ori mai frecvent la bolnavii cu angină pectorală decât la martori (12).

Există, de asemenea, dovezi certe şi în favoarea celuilalt mecanism ischemiant, **spasmul coronarian**, observat chiar pe artere indemne (Kleinsorge) şi care - în condiţiile unor anomalii constituţionale, ca în sindromul X (Likoff) - este exclusiv implicat.

b) În **infarctul miocardic**, rezultatele unor studii clinice şi experimentale pledează, de asemenea, pentru posibilitatea participării SP în favorizarea şi producerea infarctului. Exemplificăm cu creşterea incidenţei IM în **profesiunile cu responsabilitate crescută**, frecvenţă semnificativ mai mare a IM la **lucrătorii manuali** supuşi unor SP faţă de un lot de martori nestresaţi, constituirea unui IM după SP brutale (12) toate acestea fiind corelate cu posibilităţi reduse de control decizional pe care le au bolnavii cu unele SP profesionale ce favorizează apariţia IM (Siegrist). Referitor la acestă lipsă de control, cuplată cu proiecţia subiecţilor într-o situaţie percepută ca extrem de ameninţătoare cităm un experiment soldat cu apariţia cu o frecvenţă de 25% a unei necroze miocardice focale la şobolanii obligaţi sa asculte timp de 30 minute înregistrarea pe bandă a zgomotului luptei între o pisică şi un şobolan (Raab) etc. S-a stabilit, totodată, că subiecţii cu reactivitate cardio-vasculară crescută **(„hot reactors") au un risc dublu de recidivă a IM** (3).

Intervenţia SP în reinfarctizare este şi mai importantă, în special la cei cu tulburări de ritm restante (îndeosebi extrasistole ventriculare)(10), date fiind instabilitatea electronică a miocardului - mult crescută după infarct (Lown) - şi descărcarea de catecolamine în cursul SP (atenuată considerabil doar la beta-blocante), care, de altfel, administrate după infarct scad rata reinfarctizării.

Studiile psihologice - axate pe legătura dintre apartenenţa subiecţilor la **tipul comportamental A** şi incidenţa crescută a IM, care este dublă - au evidenţiat un fenomen şi mai concludent: creşterea exponenţială a incidenţei IM în cazul asocierii tipului comportamental A (TABP) cu alţi factori de risc (HTA, hipercolesterolemie, fumat, etc.)(Haynes). În acelaşi timp, modificarea TABP, reglementată într-un program psihoterapeutic adecvat - a contribuit la scăderea semnificativă a reinfarctizării şi mortalităţii la bolnavii cu

sechele de IM studiaţi (Rahe). Se impune considerarea ca factor de risc psihic major, asocierea unor evenimente stresante la tipul A. Întrucât au existat numeroase studii care au contestat legătura dintre comportamentul de tip A, luat ca un ansamblu de trăsături psihice exteriorizate în acţiune, în ultimii ani s-a încercat clivarea acestui tip în câţiva factori componenţi de bază (A, S, H şi J) ştiindu-se corelaţia fiecăruia dintre ei cu diverse circumstanţe psihosociale, dar şi cu alţi factori de risc biologici (în special profilul lipidic) şi comportamentali (de exemplu fumatul) de risc pentru IM. Redăm în tabelul 3 rezultatele obţinute şi corelarea lor cu factorii componenţi ai TAPB.

Tabelul 3. Tipul psihocomportamental A
Factori componenţi

Factori componenţi	***Elemente de risc demonstrate pentru boala coronariană***
A = ambiţie maximă **= nevoia de timp** **S = nelinişte** **= nerăbdare**	Risc mai scăzut pentru boală (în raport cu factorii H şi J). Dintre bolnavii asimptiomatici (clinic şi EKG), majoritatea posedă aceşti factori
H = competitiviate** **= ostilitate:** - **cognitivă** (gânduri duşmănoase, dispreţ, supărare)	Asociere cu interiorizarea supărării („anger-in"): creşte riscul coronarian (5)
- **comportamentală (***)** (agresivitate verbală sau fizică)	Acte agresive verbale**** sau motorii ample sau prelungite = factor major de risc coronarian maxim sub 50 de ani (7), inclusiv pentru aritmii grave (4). Asocierea cu fumatul, scăderea funcţiei pulmonare (7, 8), consum crescut de alcool şi efort excesiv la locul de muncă (7) - maximizează riscul coronarian.
J = implicare profesională majoră („workaholic") **= modul de îndeplinire a sarcinilor**	Asociată cu depresia, reprezintă un risc major (4) - cu dificultate - risc crescut - cu uşurinţă - risc minim

Observaţii:

** Autorii citaţi în tabel sunt indicaţi în anexa bibliografiei tabelelor.*

*** = „nucleul toxic" al tipului psihocomportamental A = sindromul AHA (ostilitate, agresivitate, iritabilitate) + presiunea timpului (6).*

****= Agresivitatea este un factor precipitant frecvent al IMA, acţionând prin următoarele mecanisme: activare simpatică şi efecte catecolaminice*

ample (creşterea frecvenţei cardiace şi a tensiunii arteriale), scăderea perfuziei miocardice şi nivel ridicat de instabilitate electrică miocardică (7).

***** = Exteriorizarea unor stări afective negative (inclusiv a agresivităţii), non-violentă şi de scurtă durată (afecte „meteorice"), pare să se coreleze, din contră, cu un efect protector faţă de boală.*

Tipul psihocomportamental A reprezintă în ansamblu, „un comportament înclinat să streseze individul prin întrezărirea ameninţării acolo unde tipul B nu o vede, şi prin racordarea (prin determinism genetic) a mecanismelor psihofiziologice la reacţii organice exagerate" (2).

Tipul psihocomportamental A reprezintă de fapt, un comportament cu un caracter de factor de risc şi pentru alte boli somatice, în afara infarctului miocardic (1, 3).

c) Moartea subită. Deşi se cunosc cazuri de moarte subită, verificate necroptic, în reproducerea cărora a putut fi incriminat un SP violent, în absenţa unor leziuni coronariene (Klumbies) - **cel mai adesea moartea subită sub efectul SP survine la un bolnav coronarian.**

Dintre numeroasele dovezi ale relaţiei dintre SP şi moartea subită - unele chiar furnizate de simpla anecdotică a unor decese survenite la comunicarea unor veşti tragice sau, paradoxal, în momentul unei bucurii violente - merită amintit studiul efectuat de Myers şi Dewar (12) care au analizat necroptic 100 de bolnavi cu cardiopatie ischemică, decedaţi prin moarte subită. Autorii au stabilit că **la 23% din acest lot a survenit un SP cu 30 min. înainte de moartea subită, iar la 40% un SP a fost înregistrat în cursul a 24 de ore anterioare**; deci, un total de 63%, la care legătura cu SP poate fi apreciată ca foarte probabilă.

3. Hipotensiunea arterială primară (esenţială)

Pentru mulţi autori, hipotensiunea arterială esenţială (hTAE) apare ca o boală temporară cu statut de veritabilă nevroză, în care rolul stresului psihic în apariţia şi evoluţia ei este de necontestat (v şi Iamandescu 1991).

Legătura dintre hTAE şi SP este sugerată de caracterul de „sindrom" al afecţiunii în cadrul căreia TA scăzută sub limitele a 100 mm Hg pentru tensiunea sistolică şi 60 mm Hg pentru cea diastolică, este **asociată cu o serie de alte simptome cu substrat psihopatologic**: fatigabilitate, astenie, cefalee, vertij, irascibilitate, transpiraţii, labilitate afectivă etc., fapt ce a făcut pe unii autori să vorbească mai degrabă de un „sindrom al hipotensivului" (Garnier). Simptomele nevrotice menţionate nu sunt însă legate de hipotensiune, ele persistând şi în cazul normalizării temporare a valorilor TA prin diferite preparate medicamentoase. **hTAE apare deci ca un simptom - ca şi celelalte acuze subiective, dominate de astenie şi fatigabilitate - în cadrul unei veritabile nevroze.** Pe acest fond apar adesea şi stări lipotimice induse, de regulă, de SP.

Un alt argument care pledează pentru această concepţie este şi faptul că **hTAE se poate uneori vindeca la fel ca orice nevroză**, prin remedierea unui context socio-familial psihotraumatizant, ca şi prin utilizarea unor metode de tratament specifice afecţiunilor psihogene (psihoterapia centrată pe situaţia conflictuală majoră, asociată cu training autogen, după cum susţine Garnier). De altfel, se consideră că hTAE nu răspunde semnificativ la o farmacoterapie prelungită corectoare a valorilor scăzute ale TA, rezultate mult mai bune fiind obţinute prin dietă, fizioterapie şi schimbarea modului de viaţă cu accent pe identificarea şi anihilarea surselor de stres.

4. Astenia neurocirculatorie (ANC)

DaCosta a descris în 1871 sub numele de „**Cord iritabil**" sau „**Sindrom de efort**" un sindrom funcţional neuro-cardio-vascular, cu o serie de denumiri ulterioare (astenie neuro-circulatorie, „**Herzneurose**" etc.) şi alcătuit în majoritate din **simptome subiective dominate de palpitaţii şi dureri precordiale - fără un substrat organic.**

În privinţa conţinutului simptomatic al sindromului, este de subliniat frecvenţa cea mai crescută (la peste 70% din bolnavi) a **dispneii (78%), ameţelilor (78%) şi cefaleei (72%).**

Simptomele subiective cardio-vasculare şi respiratorii sunt prezente, de regulă, concomitent.

Dispneea îmbracă, în general, două aspecte: apare la eforturi minime (în contrast cu starea normală a aparatului respirator şi cardio-vascular) şi, este prezentă şi în repaus sub formă, fie de jenă la inspirul profund (ca o senzaţie de umplere insuficientă a plămânilor), fie de suspin (oftat) care apare din când în când, uşurând bolnavul.

Durerile precordiale sunt descrise ca „fulgerături", înţepături localizate, iar **palpitaţiile** sunt descrise ca „fâlfâituri", întreruperi, bubuituri în dreptul inimii. Substratul durerilor nu este coronarian, el putând fi un spasm dureros al muşchilor intercostali (Simon).

Contextul etiologic al ANC este diminuat de multitudinea sau de magnitudinea stresurilor psihice suferite de bolnavi (predomină, totuşi, sexul feminin). După Kolb, **acest sindrom poate să constituie exprimarea unor emoţii, prin intermediul aparatului cardio-vascular, la o serie de persoane dependente şi imature.**

Tratamentul ANC trebuie să fie axat pe o psihoterapie minuţios aplicată, bolnavul trebuind să fie convins că nu este vorba de o afectare cardio-respiratorie, dar **fără a se nega boala şi insistându-se asupra condiţiilor etiologice psihogene, toxice, abuz de excitante şi asupra unor tulburări viscerale mai mult sau mai puţin favorizante.** O astfel de conduită are meritul de a păstra încrederea bolnavului în medic şi de a-l feri de un dezechilibru psihic sporit de sentimentul neânţelegerii suferinţelor sale care sunt, totuşi reale. De asemenea, un rol psihoterapeutic îl are şi invocarea studiilor deja menţionate ce au arătat că ANC nu conduce, pe viitor, la îmbătrânirea inimii.

5. Sindromul hiperkinetic cardiac primitiv (idiopatic)

Sindromul hiperkinetic cardiac primitiv (SHCP) sau idiopatic constituie o stare cardio-circulatorie caracterizată printr-o **reactivitate cardiacă, manifestată prin creşterea inotropismului** (Gorlin şi Fröhlich şi col.) **şi a frecvenţei cardiace (ambele generatoare de palpitaţii) şi prin prezenţa anxietăţii** (13).

Întrucât acest sindrom apare şi în alte afecţiuni (hipertiroidism, miocardiopatia obstructivă prin stenoză subaortică, sindromul DaCosta), în patogenia sa a fost invocată o **hipersensibilitate (reactivitate excesivă) primară a betareceptorilor cardiaci la acţiunea catecolaminelor** (13). Faţă de această explicaţie patogenică a SCHP s-ar putea emite ipoteza că, în raport cu el, sindromul DaCosta ar surveni pe un teren mai complex, capabil să furnizeze un exces de catecolamine cu punct de plecare atât la nivelul scoarţei şi centrilor subcorticali, cât şi al terminaţiilor simpatice care inervează cordul şi vasele. Referitor la prognosticul sindromului hiperkinetic cardiac primitiv este interesant de semnalat cercetarea efectuată de către Guazzi şi Fiorentini, care au urmărit ECG şi echocardiografia subiecţilor cu un astfel de sindrom, în scopul verificării ipotezei conform căreia o hiperactivitate cardiacă ar putea să genereze, în timp, o hipertrofie cardiacă. În decursul a 3 ani, cât a durat studiul, bolnavii nu şi-au modificat dimensiunile (apreciate echografic) septului interventricular şi nici ale peretelui posterior, în ciuda unei hipercontractilităţi persistente.

Importanţa diagnosticării precise a SHCP pentru practician rezidă în aceea că el poate interveni, mai activ ca până în prezent, în reabilitarea acestor bolnavi, apelând **într-o primă fază la o medicaţie betablocantă** care înlătură prompt, atât simptomele cardiovasculare, cât şi anxietatea (altfel, ambele s-ar potenţa reciproc), permiţând bolnavului o viaţă normală.

Într-o a doua etapă, considerăm că accentul trebuie pus pe o psihoterapie (centrată pe o **terapie comportamentală anti-stres**) corelată şi cu apelul la **mijloace fizice de recuperare** (cultura fizică medicală, agenţii fizici influenţând reactivitatea neurovegetativă, şi cea vasomotorie în special etc.) spre a se putea înlătura dependenţa bolnavilor de o medicaţie, este drept, valoroasă, dar capabilă să genereze şi efecte secundare, adesea destul de serioase.

6. Sindromul X (Likoff)

Sindromul descris de Likoff apare la bolnavi în jur de 45 ani şi este caracterizat prin **coexistenţa unor tulburări nevrotice (dominate de anxietate) cu apariţia unor dureri anginoase tipice** (ca sediu, iradiere, circumstanţa de apariţie, reductibilitatea prin efort cicloergometric şi expresie electrocardiografică), **în absenţa oricărui tip de alterare morfologică coronariană**. Ca mecanism patogenic, în acest sindrom se presupune o **limitare „criptogenetică" a capacităţii de dilatare a arterelor** coronare (Kubler) astfel încât - la testul dilatator cu Dipiridamol - bolnavii cu sindrom X înregistrează o creştere a debitului coronarian de repaus de numai 200% faţă de 400% la subiecţii normali (13).

Deşi efortul fizic relevează aceste limite, răspunzătoare de ischemia relativă care generează dureri anginoase, în sindromul X factorul declanşator al tulburărilor este predominant psihogen. Bolnavii au o serie de tulburări nevrotice (anxietate şi astenie) consecutive unor stresuri generate de factori psiho-sociali şi inductoare în plan somatic, ale unei **hiperventilaţii cronice (legată în special de anxietate)** şi prin aceasta a unor spasme coronariene (Evans cit. de Iamandescu 8b).

Caracterul psihogen al suferinţelor acestor bolnavi este argumentat şi de **dispariţia durerilor anginoase printr-o psihoterapie capabilă să suprime hiperpneea cronică „de stres"**. Prognosticul este bun în 50-70% cazuri, înregistrându-se dispariţia simptomelor, spontană sau sub psihoterapie (pasager răspunde şi la perhexilină, nu şi la nitriţi). Există însă şi cazuri la care apare un IM, cu declanşarea tot prin spasm coronarian (Kaindl şi Zilcher).

7. Tulburări psihosomatice şi psihopatologice la cardiacii operaţi

Kammerer aprecia (în 1985) că la 40% din bolnavii operaţi pe cord, în condiţiile instituirii temporare a circulaţiei extracorporale, apar marcate tulburări psihopatogenice.

Adăugând intervenţiile chirurgicale pe coronare, tot mai frecvent utilizate în prezent, se conturează o categorie de bolnavi cardiaci supuşi unui greu **examen emoţional, dată fiind perspectiva decesului**, a complicaţiilor sau nereuşitelor operatorii. În plus, **stresul fizic operator** diminuează capacitatea psihicului acestor bolnavi de a face faţă chiar unor stresuri psihice minore.

S-a constatat că, pe lângă **simptomele psihosomatice** ca: tahicardia, extrasistole, creşterea valorilor tensionale, emoţionale etc. prezente, mai ales preoperator apar şi o serie de **simptome psihice** (recul somato-psihic) după efectuarea intervenţiei chirurgicale. Astfel: cefaleea, ameţelile, anxietatea, amnezia, dezorientarea şi chiar depresia, ca simptome izolate, pot fi reversibile după reuşita operaţiei dar veritabilele **sindroame psihopatologice (s. paranoid halucinator sau s. afectiv** - emoţional, dominat de anxietate şi depresie) ce necesită intervenţia psihiatrului.

Important apare faptul că apariţia tulburărilor psihopatologice menţionate poate fi prezisă (10) pe baza unor investigaţii psihologice preoperatorii. Astfel, prezintă un **risc crescut persoanele cu o structură psihică rigidă, cu un nivel crescut al anxietăţii şi cu probleme familiale şi profesionale**. De asemenea, bolnavii anxioşi, preocupaţi excesiv de boală, prezintă mai frecvent aritmii ventriculare postoperatorii.

8. Sindromul psihic al purtătorului de pacemaker

Un capitol mai recent în psihomatica bolilor cardio-vasculare îl constituie cel consacrat purtătorilor de **pace-maker** (PM). Spre deosebire de bolnavii cu operaţii pe cord, pentru care stresul maxim îl reprezintă operaţia propriuzisă, purtătorii de PM, încep o perioadă nouă în viaţa lor, aceea de **acomodare cu un „nou organ" sau „corp străin"**. Apar fireşte, sentimente de teamă, **nelinişte** şi chiar o **uşoară depresie** psihică legate de perspectiva

unei bune funcţionări a dispozitivului, mai ales la bolnavii instruiţi superficiali.

În funcţie de terenul psihic, există la o parte din bolnavi o simptomatologie psihopatologică patentă cu elemente fobice, desemnată de Schneeman „**simptomatologie cardiofobică**". În cadrul acesteia se situează pe prim plan **fobia revenirii ritmului bradicardic** sau chiar **a opririi inimii**. Alţi bolnavi, ignoră în aparenţă situaţia lor de purtători de PM, dovedind intrarea în funcţiune a unor mecanisme inconştiente de apărare a Eu-lui în contextul existenţei unei mari anxietăţi (Payk).

Datele psihodiagnostice menţionate sugerează medicului practician un complex de măsuri profilactice privind **instruirea atentă şi amănunţită legată de aspectele tehnice ale PM**, precum şi măsurile psihoterapeutice (inclusiv mijloace psihofarmacologice) legate în special de combaterea anxietăţii.

V. Principii de abordare psihoterapeutică şi psihofarmacologică a bolnavilor cardiaci

A. Principii de abordare psihosomatică a bolnavilor cardiovasculari

Dimensiunea psihologică a actului medical - implicând şi obligativitatea unei relaţii interpersonale pe multiple planuri cu bolnavul - variază în funcţie de **ecuaţia personală a medicului**. În cardiologie - mai mult ca în alte specialităţi medicale - perspectiva invalidităţii sau chiar al morţii conferă o gravitate suplimentară relaţiei dintre medic şi pacient, creând responsabilităţi sporite primului şi accentuând celui din urmă gradul de dependenţă şi de regresie comportamentală.

O importanţă deosebită cu impact asupra prognosticului IMA îl reprezintă solicitarea precoce a ajutorului medical la debutul IMA, dependentă şi ea de o serie de factori psihologici (vezi tabelul 4).

La primul contact dintre medic şi bolnav, **în cazul urgenţelor cardio-vasculare, abordarea imediată exclusiv medicală („tehnicistă") cu un suport psihologhic schiţat dar pregnant** obligă la o prelucrare „în bloc" a bolnavului (deci şi a întregului său cortegiu emoţional dominat de anxietate) de către medic, care trebuie să fie şi un bun psiholog, dacă nu doreşte să agraveze starea şi aşa precară, a bolnavului, prin veritabile gafe de ordin verbal sau comportamental.

Odată depăşit momentul urgenţei, medicul trebuie să treacă la adaptarea la personalitatea bolnavului şi vizând următoarele obiective: **acomodarea psihică a acestuia la exigenţele de ordin fizic, socio-familial şi/sau profesional impuse de boală** (la cardiaci ele sunt adesea incomode!) şi **crearea unei atitudini optimiste**, dar responsabile, faţă de perspectivele evolutive şi de inserţia socio-profesională, uneori chiar familială a bolnavului.

Tabelul 4. Factori de ordin demografic şi psihosocial implicaţi în solicitarea precoce a ajutorului medical la debutul IM (după referinţele 54, 55 din bibliografie)

DEMOGRAFICI/SITUAŢIONALI	PSIHOLOGICI
1. vârsta ridicată;	*1. atenţia mărită*
2. căsătorit(ă);	*2.acceptă dificultăţi personale;*
3. simptomele apar în afara locului de muncă şi în lipsa activităţii fizice;	*3. nu se resemnează uşor;*
4. suport social bun;	*4. control intern crescut;*
5. prezenţa altor persoane în jur (inclusiv soţ/soţie);	*5. anxietate extremă însoţind simptomele;*
6. educaţie sanitară	*6. răspuns endorfinic scăzut la stres*

În îndeplinirea acestor obiective, medicul pune în joc cunoştinţe psihologice şi psihiatrice a căror însuşire anterioară variază suficient de mult pentru a putea explica **marile diferenţe dintre cardiologi, internişti sau omnipracticieni privind implicarea lor în probleme psihologice** adiacente (uneori cu rol cauzal) suferinţei bolnavului (un studiu nepublicat, împreună cu H. Nicolae Ilicea şi Popa-Velea, relevă o mai mare implicare psihologică a medicilor primari generalişti).

Atunci când există posibilitatea unei munci „în echipă" (presupunând posibilitatea unei colaborări strânse dintre medic, psiholog şi psihiatru) - se poate schiţa un algoritm de lucru - desigur perfectibil - privind abordarea psihologică a bolnavilor cardio-vasculari.

În esenţă, această abordare presupune **evaluarea componentei psihice etiopatogenice** a bolii şi **prevenirea sau diminuarea - pe cât posibil - a reculului somato-psihic** şi a consecinţelor în planul psihic al pacientului, al tulburărilor cardio-vasculare prezente.

În cadrul acestei abordări intră **evaluarea instantanee sau în etape (contacte ulterioare)a tipului de personalitate** a bolnavului, acordându-se concomitent **explicaţii minimalizatoare ale gravităţii** (atenţie la ipohondrii!), preocupare (discretă iniţial, ulterior manifestă) pentru **problemele de viaţă ale bolnavului** şi - mai presus de toate - **optimism** legat de medicaţie, de valoarea unor explorări sau consultaţii şi mai ales de prognosticul bolii. În privinţa aprecierii ponderii factorului psihogen în apariţia şi evoluţia bolii, pot exista situaţii când este util să se **apeleze la psihologi (tulburările şi sindroamele cardio-vasculare funcţionale, reabilitarea postinfarct şi postoperatorie ori după implantări de pace-maker** etc. şi toate problemele de adaptare la noi modalităţi de existenţă legate de apariţia sau de evoluţia bolii). În afară de acestea, consultul psihologic poate fi util, mai ales în faţa unor bolnavi dificili (de regulă nevrotici) şi, în caz extrem, se poate recurge la un **consult psihiatric (bolnavii cu stări depresive şi în genere cu**

afecţiuni nevrotice sau chiar psihotice, ca de exemplu cazurile de sindroame paranoide sau depresii grave după operaţiile pe cord deschis - Kammerer).

Această orientare a medicului depinde şi de educaţia sa psihosomatică, dar şi de gradul în care el doreşte şi se simte apt să se implice într-o **„terapie simultană" (Petzold)** care include odată cu tratamentul medical, şi dificultăţile de ordin psihologic ale bolnavului, efectuând (adesea în mod firesc şi implicit întregului act medical) o psihoterapie simplă de susţinere.

Psihologului îi revin sarcini speciale de psihoterapie; în prezent, în multe clinici cardiologice se practică **aplicarea de rutină a unor forme de terapie de grup - cu avantajul „dispersării" anxietăţii bolnavilor, bazate pe exerciţii adecvate** (din care training-ul autogen Schultz a devenit cvasiobligatoriu), conduse de psihologi anume instruiţi. Sunt, de asemenea, utilizate frecvent tehnicile de **biofeedback** şi de **terapie comportamentală**. **Artterapia** (meloterapia sau pictura ori sculptura, efectuată de bolnavi) practicată, de asemenea, de unele servicii de cardiologie, are o valoare evidentă, mai ales, în cazurile în care bolnavii necesită o spitalizare îndelungată sau restricţii mai mari de efort.

Luban-Plozza arată beneficiile unei **psihoterapii bifazice la cardiaci**, care implică iniţial obţinerea relaxării psihice, iar ulterior practicarea unei activităţi fizice dozate progresiv.

Trebuie accentuat rolul „formator-educativ" al psihologului, care - utilizând variate tehnici de psihodiagnostic şi ajungând la o cunoaştere nuanţată a bolnavului - este în măsură **să corecteze o „traiectorie defectuoasă" comportamentală** a acestuia cu efecte nocive atât socio- profesionale, cât şi asupra sănătăţii sale (v. corectarea tipului comportamental A, capabilă să prevină recidivele infarctului miocardic).

B. Principii generale de psihofarmacologie în BCV

Pe lângă măsurile farmacologice adresate direct efectelor SP hemodinamice (cu răsunet coronarian şi sistemic) şi metabolice (în special modificări dislipidemice) - trebuie acţionat asupra sistemului nervos, prin intermediul unei medicaţii cu **rol sedativ şi anxiolitic, menite să limiteze amploarea reacţiilor, în special cea catecolaminică, din cursul SP**.

Trecând la analiza principalelor grupe de medicamente ce pot preveni sau atenua rolul SP asupra aparatului cardio-vascular, vom aminti, în primul rând, **medicaţia anxiolitică**. Desigur că benzodiazepinele, creditate în tratamentul IM acut şi cu acţiune antiaritmică, constituie un preţios adjuvant al terapiei antianginoase, antiaritmice şi chiar a insuficienţei cardiace (de ex. Bromaxepamul - observaţii personale la bolnavii cu tahicardii pozitive psihogene şi extrasistole atriale, de asemenea emoţionale).

Datorită efectului sedativ al acestei medicaţii, incompatibil cu o serie de profesiuni care solicită atenţie maximă, încă din anii '70, interesul cercetătorilor dar şi al clinicienilor s-a deplasat către **medicaţia blocantă beta -**

adrenergică. Astfel, Hawkings a reuşit să evidenţieze, utilizând drept criteriu de apreciere scara de anxietate Hamilton - efectul protector al oxprenololului în variate stări psihice. Acest efect terapeutic se manifestă prioritar **prin diminuarea simptomelor cardiovasculare de stres,** în condiţiile păstrării unui răspuns normal la testele de atenţie sau de abilitate motorie.

Aceste rezultate s-au dovedit superioare celor obţinute printr-un tratament cu benzodiazepine, care, în plus de efectul sedativ, crează şi pericolul unei farmacodependenţe (Michael).

Betablocantele au rolul de a diminua tahicardia emoţională cu rol nociv binecunoscut la coronarieni. Astfel, într-un experiment (fişă) asupra unor chirurgi care au primit această medicaţie frecvenţa cardiacă este redusă considerabil (de la o medie de 127 bătăi pe minut la 83 bătăi pe minut) în momentele suprasolicitante din cursul unei intervenţii chirurgicale.

Încercând să diferenţieze o posibilă aptitudine în favoarea utilizării în tratamentul tulburărilor psihosomatice cardio-vasculare a medicaţiei betablocante şi a tranchilizantelor minore de tipul benzodiazepinelor, Simon considera că primele sunt de preferat când se doreşte **protecţia faţă de SP survenit intempestiv** (cu mediere principală prin sistemul nervos vegetativ), iar **tranchilizantele apar mai utile în cazul în care tulburările sunt generate de o afecţiune nevrotică** (o stare depresivă cu tulburări precordiale).

Asocierea între betablocante şi tranchilizante, cu scăderea dozelor ambelor preparate s-a dovedit a avea un avantaj deosebit. Totuşi, în insuficienţa cardiacă prin cardiopatie ischemică - dată fiind acţiunea de reducere a contraactivităţii ventriculare a betablocantelor - pare mai rezonabilă utilizarea benzodiazepinelor (de tipul bromazepamului, de exemplu) care pot avea efect favorabil atât asupra tahicardiei şi extrasistolelor, cât şi asupra anxietăţii care le generează (Bianchi).

În plus, bolnavii anxioşi prezintă de regulă, o hiperventilaţie cronică ce poate antrena vasoconstricţia coronariană (Kaindl şi Zilcher), aşa încât **medicaţia anxiolitică este justificată în principiu atât la bolnavii anginoşi, cât şi la ceilalţi coronarieni**.

Referitor la **medicaţia antidepresivă**, ea trebuie utilizată cu prudenţă, chiar la insistenţele psihiatrilor, deoarece este grevată de o serie de riscuri (în principal prin reacţia catecolaminică) de agravare a cardiopatiei ischemice. Aceste efecte disritmice sunt mai reduse la preparatele mai noi de tipul maprotilinei (urmărite de noi la astmaticii corticodependenţi cu tulburări de ritm) şi mai ales Mianserin-ului, care însă necesită prudenţă la bolnavii cu insuficienţă cardiacă.

Considerăm că o **medicaţie betablocantă şi anxiolitică cuplată cu o psihoterapie adecvată** (de susţinere sau de un grad mai mare de complexitate, antrenând intervenţia psihologului), constituie un bun remediu la bolnavii cardiaci, inclusiv cei cu HTA esenţială, ea reprezentând un tratament de elecţie la hipertensivii tineri (HTA juvenilă).

Bibliografie

1. Cay E.L., Psychological problem in patients after a myocardial infarction - Adv. Cardiol. 1982, 29, 108-112.
2. Von Eiff A., Zur Physiologie und Klinik des stres - Therapiewoche, 1984, 34, 52, 7192-7194.
3. Elliot R.S. şi Morales Balejo H.M., stres and the Heart Measuring and evaluating reactivity - Hospimedica 1988, 5, 6, 55-61.
4. Elsdon-Dew R.W., Wink C.A., Birdwood G.F. (red), The cardiovascular, metabolic and psychological interface - Academic Press, London, Grune and Stratton, New York, 1979.
5. Garnier B., Comment distinguer entre „santee" et „maladie" dans le domaine des trobles psychosomatiques cardio-vasculaires - Kielholtz, loc. cit. 12, 21-27, 1982.
6. Haynes S.G., Feinleib M., Type A behaviour pattern and the incidence of coronary heart disease in the Framingham Heart Study - Adv. Cardiol. 1982, 29, 85-95.
7. Iamandescu I.B., Concepţia psihosomatică în medicina contemporană, Viaţa Medicală, 1979, 2, 57-62.
8. Iamandescu I.B., Stresul psihic şi Bolile Interne, vol.I, Ed. All, 1993.
9. Kaindl F., Zilcher H., Douleurs d'allure angineuse en l'absence de maladie coronarienne - loc. cit. 12, p. 231-237, 1982.
10. Kammerer W., Chronische Herzkrankheit - Chronische Herzkrankheit - Psychologische Risikofaktoren - Therapiewoche 1985, 3, 211.
11. Karasu T.B., Steinmuller R.I., Psychoterapeutics in medicine - Grune and Stratton, New York - San Francisco - London, 1978.
12. Kielholtz P., Siegenthaler W., Taggart P., Zanchetti A., Troubles psychosomatique cardio-vasculaires - quand et comment les traiter, Hans Huber, Berne, Stuttgart, Vienne, 1982.
13. Klumbies G., Psychoterapie in Algemeinemedizin - Hirzel Verlag, Leipzig 1980.
14. Lang R., Funktionelle Kreislaufregulationsstorungen - Therapienwoche 1989, 39, 33-45.
15. Luban Plozza B., Stationare von Behandlung von psychosomatischen Kranken - Therapienwoche 1990, 40, 440-445.
16. Malchair A., Environment social et desordres psychosomatique - Essentialia (UCB) 1988, 27, 2, 1-10.
17. Petzold E., Psychoterapie bei Herzerkrankungen - Therapienwoche 1990, 40, 44-445.
18. Rose R.M., Chap. - Psychoendocrinology - 653-672, în Wilson J., Foster D., William textbook of endocrinology-Saunder, Philadelphia 1985.
19. Taylor A., Stress, hypertension et cardiopathie ischemiwue, loc. cit. 12, 133-152, 1982.
20. William R.B., Haney T.L., Lee K.L. şi col. Type A-behaviour, hostility and coronary atherosclerosis-Psychosom. med. 1980, 49, 539-549.

***

Capitolul 2

ELEMENTE DE PSIHOSOMATICĂ REUMATOLOGICĂ

Ioan Bradu Iamandescu

Observaţiile clinicienilor, asociate cu autoobservaţiile unor pacienţi - dintre care celebrul chirurg Christian Barnard a încredinţat tiparului o remarcabilă patografie personală, "Cum să trăim mai uşor cu artrita" - au relevat o legătură cvasiconstantă, deşi variabilă de la un bolnav la altul, între puseele de activitate ("încălzire") ale bolii reumatismale (inflamatoare sau degenerative) şi factorii psihici.

În cele ce urmează vom analiza **implicarea factorului psihic ca element nociv** în geneza şi agravarea evoluţiei bolilor reumatice **dar şi ca un aliat** în tentativa terapeutului de a micşora disconfortul bolii şi repercusiunile ei asupra calităţii vieţii sau chiar de a elimina - prin intermediul medicaţiei active - procesele patogenice reumatismale (chiar dacă, cel mai adesea, remisiunea este efemeră).

I. Bazele psihologice şi mecanismele psihofiziologice ale implicării stresului psihic în evoluţia bolilor reumatismale

1. Premise teoretice

Va trebui avut în vedere faptul că, în bolile inflamatorii sau degenerative ale articulaţiilor, elementele structurale principale afectate sunt membrana sinovială şi musculatura periarticulară. Acţiunea factorului psihic va fi **implicată în modificările inflamatorii** pe care mediatorii reacţiei de stres le pot produce la nivelul ambelor structuri menţionate dar şi în **modificările de tonus muscular** (de regulă hipertonia afectând cu precădere musculatura cefei şi lombo-sacrală). Traducerea în simptome clinice a unor astfel de modificări va fi reprezentată de gama variată a durerilor şi de diversele grade de impotenţă funcţională.

Pe de altă parte un **comportament nociv pentru sănătate**, determinat de conduitele defectuoase adaptative faţă de stres ale unor bolnavi reumatici, va contribui la agravarea bolii de bază (de ex. consumul de alcool şi sedentarismul, tendinţele de cedare - lipsa de voinţă etc.).

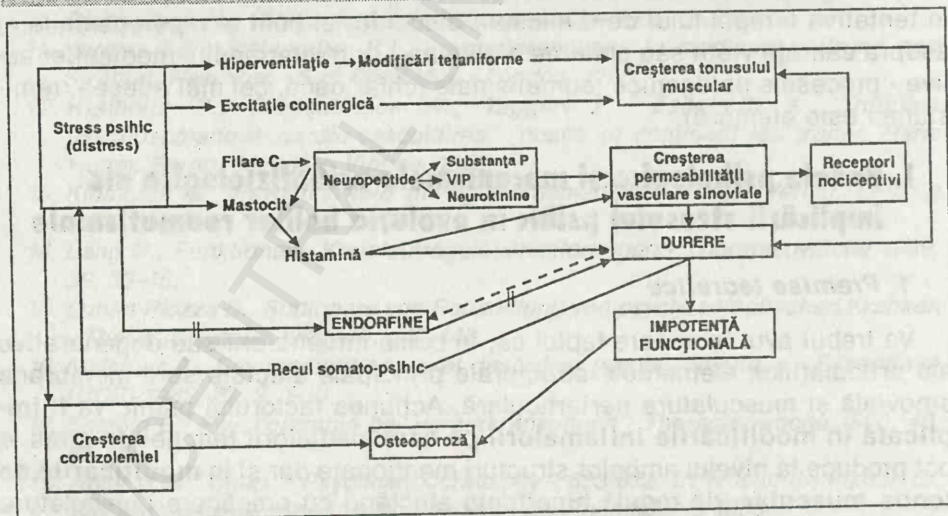
În sfârşit, **reculul somato-psihic al suferinţelor fizice** ale reumatismului, va conduce la o reacţie psihică dominată de anxietate şi mai ales de de-

presie - generate de disconfortul somatic datorită durerilor cronice şi afectării posturii sau locomoţiei - închizându-se astfel un cerc vicios psiho-somato-psihic în cadrul căruia, la nivelul "segmentului somatic" au o "intrare" constantă ceilalţi agenţi patologici ai bolii.

2. *Ipoteze privind mecanismele implicate în declanşarea psihogenă a principalelor simptome la bolnavii recrutaţi*

În figura 1 am încercat o reprezentare a unor mecanisme ipotetice (pe baza unor date din literatură referitoare la inflamaţie - Rihoux şi la joncţiunea anatomică dintre fibrele C şi mastocite - Bienenstock) ce pot fi incriminate în patogenia durerii şi impotenţei funcţionale, alături de cunoştinţele mai vechi (de ex. rolul tetanigen al hiperventilaţiei inconştiente ce caracterizează stările de anxietate). Încercând o sistematizare a acestor mecanisme, vom distinge adevărate etape patogenice cu posibilă sancţiune terapeutică (psihoterapie sau medicaţie psihotropă ori fiziokinetoterapie).

Figura 1. Ipoteze privind unele mecanisme implicate în declanşarea psihogenă a principalelor simptome la bolnavii reumatici (schemă proprie)



1. Stres → declanşare (mediată de hormonii de stres şi mediatori ai durerii), a celor două sindroame majore ale reumatismului articular şi abarticular - durerea şi impotenţa funcţională (cu posibilă evoluţie şi spre osteoporoză, care generează noi dureri, ca de altfel, şi distrucţia unor structuri articulare şi periarticulare).

2. Acţiunea acestora asupra psihicului (recul somato-psihic) determinată de reacţia în plan afectiv, în special, faţă de disconfortul generat de durere (agravată şi de către forţarea compensatorie a altor segmente încă indemne).

3. Acest disconfort este însoţit de **consecinţele în planul calităţii vieţii (izolare, abandonul unor hobby-uri** şi, mai ales, **handicapul profesional).**

4. Ca urmare a acestor veritabile frustrări - apărute în bolile reumatismale, ca urmare a durerilor persistente şi a limitării libertăţii de mişcare apar o serie de **tulburări somato-psihice (insomnii nocturne, somnolenţă diurnă, anxietate, astenie, irascibilitate etc.)** dintre ele cea mai redutabilă fiind depresia psihică. Există, însă, primejdia ca această depresie somatogenă (generată de suferinţa somatică) să fie alimentată de alte surse exogene, psihotraumatice, închizând un alt cerc vicios, capabil să contribuie la persistenţa durerii chiar şi în fazele de acalmie clinică a procesului inflamator. De altfel, este bine cunoscută modalitatea de exprimare clinică a unei **depresii larvate** (Kielholz) sub masca unor sindroame dureroase cu localizare sacro-lombară sau cervico-dorsală (V. testul Giessen-Beschwerden) ca şi a unor neuromialgii şi artralgii nesistematizate, la unii pacienţi etichetaţi cu multă uşurinţă drept reumatici, în ciuda lipsei oricărei evidenţe obiective a unui substrat inflamator sau degenerativ al acuzelor respective. Dacă la un subiect indemn de o suferinţă lezională reumatică, **starea depresivă poate induce dureri cu caracter funcţional**, este cu atât mai legitimă agravarea veritabilelor dureri (cu substrat lezional) în cazul unui reumatism deja existent la care se adiţionează o traumă psihică, inclusiv stresul psihic legat de avatarurile bolii.

II. Dovezi clinice şi de laborator privind rolul etiopatogenic al factorului psihic în bolile reumatismale

În sprijinul relaţiei dintre stres şi durere vin dovezile furnizate de însuşi Christian Barnard a cărui introspecţie în legătură cu factorii psihici şi relaţia lor cu artrita reumatoidă, de care suferea, poartă girul mărturiei omului de ştiinţă:

- "**articulaţiile picioarelor şi mâinilor mele se inflamau cu regularitatea unui ceasornic, când discuţiile noastre** (cu soţia n.tr.) căpătau un ton arţăgos";
- "Am descoperit că există...**o legătură strânsă între anxietatea mea şi perceperea durerii**, una o influenţa pe cealaltă" (p.69).

În plus, Schild (cit. de 9) relatează **exacerbarea durerilor şi contracturii musculare din hernia de disc** după conflicte emoţionale acute, ca şi agravarea spondilitei anchilozante în situaţii emoţionale cronice.

De fapt, studiul pragului durerii la subiecţii normali, ca şi la pacienţii cu dureri cronice de etiologii variate a demonstrat **influenţa nocivă a stresului psihic, ce contribuie la scăderea pragului de apariţie a durerii.**

Pe de altă parte, **stresul psihic contribuie la apariţia contracturii musculare** (mai uşor de instalat, la un reumatic, atunci când musculatura periarticulară este deja supusă la eforturi deosebite), fapt ce poate fi evidenţiat de observaţiile clinice în toate formele de reumatism (dar, în special, în reumatismul abarticular) şi este confirmat de rezultatele electromiogramei.

Astfel, există bolnavi care afirmă că - **atunci când se stresează - ei percep în mod clar starea de contractură instalată chiar la locul durerii lor cronice** (Bernhard). Acestor contracturi subiective li se adaugă datele obţinute pe **electromiogramă, investigând zonele musculare (în care bolnavul acuză dureri)** în cursul unui interviu stresant ce dezvăluie o agresivitate crescută a pacientului legată de anumite situaţii conflictuale ale sale (Moos şi Engel). Invers, la fachirii indieni - capabili să doarmă pe cuie sau să se lase atinşi de flăcări - a fost evidenţiată o adevărată **"anestezie", explicată printr-o disociaţie subcorticală** între activitatea sistemului nervos central şi cea musculară periferică. Această disociere este exprimată sub forma: "Creierul doarme iar corpul veghează" (Bernhard).

III. Personalitatea pacienţilor reumatici

Nu constituie un dat primar, predispozant pentru diversele tipuri de boli reumatismale, **deci nu face boala în mod efectiv un anume tip de personalitate.** În schimb bolnavii reumatici îşi modifică secundar personalitatea, conform statutului lor de bolnavi cronici, ca şi cu unele repercusiuni specifice simptomelor reumatice de bază: durerea şi impotenţa funcţională. **Trăsăturile de personalitate dobândite în cursul evoluţiei cronice** a oricărei boli, sunt - după Gerber - următoarele: **diminuarea activităţii psihomotorii, excitabilitatea (iritabilitatea) crescută, ipohondria şi depresia.** Aceste trăsături sunt valabile şi pentru bolnavul reumatic al cărui comportament începe să fie dominat de căutarea unor beneficii secundare bolii, concomitent cu tendinţa spre izolare socială şi cu o complianţă terapeutică scăzută (în ciuda faptului că el devine uşor de manipulat de către cei din jur).

În schimb există **două tipuri de implicare în boală a diverselor tipuri de personalitate:**

- Bolnavii cu vulnerabilitatea la stres, inclusiv **cei cu personalităţi ipohondrice sau isterice, vor tolera mai greu durerea** (la fel şi bolnavii depresivi);

- **Reacţia la boală va fi mai accentuată la bolnavii cu trăsături imunogene negative** (anxietate, neuroticism, pesimism, depresie, cf. Marilou Bruchon - Schweitzer), ca şi la cei cu loc de control extern faţă de stres (indivizii care "asistă pasiv" la ravagiile stresului psihic, considerând că nu depinde de ei posibilitatea limitării acţiunii nocive a stresului asupra sănătăţii lor). **În durerile cronice, caracterul intens şi prelungit al acestora apare legat tocmai de prezenţa unui loc de control extern la bolnavii respectivi).**

❑ Referitor la **modificările personalităţii bolnavului induse secundar** de caracterul cronic al bolii, Hohmeister descrie într-o primă fază a bolii (poliartrita reumatoidă) paciente agresive, încăpăţânate - gata să apeleze la alt terapeut, în caz de eşec şi aceleaşi paciente, după câţiva ani de evoluţie a bolii, devenite extrem de resemnate chiar răbdătoare şi cooperante cu medicul curant.

❑ **Afectarea musculară în reumatismul abarticular, ca de altfel şi în celelalte forme de reumatism** (degenerativ şi inflamator) este imputabilă

unor factori specifici atunci **când ea are la bază o hipertonie, autosesizată de către bolnav ca o încordare (a cefei, în special).** Interpretări psihanaliste mai vechi susţin ideea că, atunci când durerea afectează coloana cervicală, este vorba de o "fixare încăpăţânată pe situaţie" a bolnavului respectiv iar când durerea îşi are sediul în regiunea lombară (la femei, cel mai adesea), ea ar traduce nevoia de compensare - printr-o poziţie rigidă, - sentimente de neputinţă, generate de greutatea de a face faţă responsabilităţilor casnice şi profesionale (Hohmeister în Luban-Plozza şi col.).

În ciuda acestor interpretări speculative, rămâne totuşi o urmă de adevăr în explicarea acestor **surse psiho-comportamentale ale hipertoniei unor segmente (regiuni) musculare: orice expresie a unor stări afective pregnante antrenează şi modificări posturale**, aşa încât apariţia şi apoi reprimarea unei agresivităţi conduce la hipertonie a musculaturii cefei dar şi a celei dorso-lombare. De altfel această situaţie se întâlneşte în orice stres cronic ce se traduce prin aceeaşi încordare, în timp ce stările de descurajare se pot exterioriza prin hipotonia aceleiaşi regiuni musculare, afectând postura prin supraîncărcarea altor zone "compensatoare", care - în timp - pot să cedeze, prin apariţia - la nivelul lor - a unor procese de uzură.

❑ **La nivelul inserţiei în cadrul familiei sale, bolnavul reumatic devine un fel de "purtător de probleme"** ale acesteia, contribuind adesea la estomparea situaţiilor conflictuale intrafamiliale (mobilizarea în jurul său a celorlalţi membri ai familiei).

IV. Medicaţia psihotropă în bolile reumatismale

A. Indicaţii generale

Apelul la medicamentele psihotrope este justificat la bolnavii reumatici în două circumstanţe, legate de simptomatologia bolii reumatice de bază:

- **existenţa unui răsunet psihic important al durerii**, caz în care - la acţiunea antialgică a medicaţiei antiinflamatorii - se poate adăuga cea a unor preparate psihotrope: **sedative uşoare** (prezente în diverse formule, precum Codamin, ce conţine Fenobarbital) dar mai ales **antidepresivele** şi **neurolepticele - în doze mici** - ambele având, ca efect suplimentar, creşterea pragului apariţiei durerii.

- **existenţa unor sindroame psihiatrice asociate bolii** reumatismale, situaţie în care sunt posibile două atitudini terapeutice - din partea medicului curant:

❑ **apelul la medicul psihiatru** dacă exprimarea clinică a simptomatologiei este intensă şi polimorfă sau dacă natura sindromului este endogenă;

❑ **asumarea responsabilităţii** de a trata simptomele psihice moderate reactive (exogene) faţă de suferinţa generată de acuzele de bază reumatice (durerea, impotenţa funcţională) şi de complexul de inferioritate apărut în condiţiile diminuării autonomiei sale (de mişcare, de îndeplinire a unor atribuţii socio-profesionale sau a unor hobby-uri), ca şi al creşterii consecutive

a dependenţei sale faţă de cei din jur (devenită dramatică, în cazul persoanelor vârstnice singure).

B. Principalele tipuri de preparate psihofarmacologice utilizate

O schemă terapeutică cu psihotrope stabilită de Kocher (cit. de Labhart), încă din 1969, se menţine actuală şi în prezent. Este vorba de **combinaţia dintre antidepresive şi neuroleptice**, administrate în doze mici. Efectul acestor psihotrope se exercită atât asupra simptomatologiei reumatice propriu-zise, cât şi asupra haloului psihic al acesteia deja menţionat. Un consens, legat de lipsa de indicaţie **(chiar contraindicaţie) a benzodiazepinelor** se păstrează şi în prezent, foarte posibil fiind acuzat efectul miorelaxant excesiv al acestei medicaţii, ca şi frecventa instalare a dependenţei.

1. Antidepresivele

În afară de **Clomipramină** (Anafranil-R) şi **trimeprimin** (Surmontil-R, Labhart), astăzi se poate recurge şi la **Amitriptilină, Mianserin** sau **Maprotilin** (care posedă şi un efect tranchilizant), ca şi la alte preparate de ultimă oră (**Tianeptin**, de ex.).

Administrarea acestor medicamente este posibilă şi în doză unică vesperală, fapt ce canalizează somnolenţa - ca efect secundar des întâlnit - în direcţia, utilă pentru reumatic, de combatere a insomniei acestuia.

Efectul antidepresiv, ca şi de potenţare a analgeticelor, este deosebit de util la pacienţii cu dureri cronice, devenite o "a doua natură". În cazul în care **o depresie mascată imită o boală reumatismală**, administrarea antidepresivelor poate constitui o veritabilă probă terapeutică (produce dispariţia simptomelor "reumatice", în absenţa asocierii medicaţiei antiinflamatoare - analgetice).

2. Neurolepticele

Labhart consideră că o **combinaţie dintre un neuroleptic (Levomapromazin - în doze mici de 2 până la 6 mg/zi) şi un antidepresiv** (dintre cele menţionate) poate întrerupe cercul vicios reprezentat de anxietate - depresie - durere - anxietate.

Un loc aparte îl ocupă şi **Haloperidolul** care posedă structură chimică asemănătoare morfinei (Koher), putând fi preferat Levomepromazinei.

De asemenea, preparatul **Opipramol** (Insidon-R) prezintă proprietăţi mixte (neuroleptice şi antidepresive), fiind adesea preferat de practicienii generalişti.

Nu trebuie omise efectele secundare ale celor două clase de medicamente psihotrope, după cum este necesară sublinierea că administrarea lor, trebuie făcută nu numai în doze mici ci şi pe perioade scurte, de 2-3 săptămâni. Desigur, terapia cu psihotrope a bolnavului reumatic constituie doar **un adjuvant, adesea extrem de eficient, în cadrul terapiei complexe antireumatismale, fiind asociată cu alte procedee terapeutice precum**

fizioterapia, medicaţia antiinflamatoare şi antialgică dar şi cu o serie de metode psihoterapeutice (adesea poate fi înlocuită cu succes de către acestea).

Un caz limită îl constituie **tratamentul unui mare nevrotic acuzând simptome reumatice reale** (obiectivabile prin mijloace diagnostice de laborator). Considerăm că în tratamentul unui astfel de bolnav, cuplul de terapeuţi - **psihiatru + reumatolog (internist sau generalist)** - trebuie să conlucreze strâns. Atunci când dificultăţi obiective şi subiective fac această conlucrare imposibilă, pare mai utilă **luarea în sarcină a bolnavului de către psihiatrul care trebuie, însă, ca să asocieze la tratamentul psihotrop şi medicaţia antiinflamatoare** sau antialgică prescrisă la consultul reumatologic. În cazul invers, al preluării bolnavului de către reumatolog, sarcina acestuia poate deveni ingrată şi nici bolnavul nu pare să aibă un beneficiu.

V. Psihoterapia în bolile reumatismale

De regulă, medicul care tratează un bolnav reumatic întruneşte - voluntar sau nu - atribuţii de psiholog deoarece relaţia pur "tehnică" medicală dintre medic şi bolnav este dublată inerent de o relaţie psihologică, de comunicare interumană, ce porneşte de la obiectivul comun al ambilor parteneri: vindecarea (sau alinarea suferinţei bolnavului).

Din această perspectivă, psihoterapia (PT) aplicată bolnavului de către medic este, **în primul rând o psihoterapie simplă, suportivă, de susţinere (PTS)**. În cazuri mai dificile, relevând tulburări marcate ale personalităţii pacientului, este necesară **colaborarea cu psihologul** care în situaţii ideale - lucrează în clinica reumatologică, în calitate de "membru asociat" al echipei de îngrijire. Totuşi, nu rareori, bolnavul reumatic, la fel ca şi orice alt bolnav somatic, priveşte cu reticenţă (şi ca pe o sustragere parţială de la responsabilitatea terapeutică) tentativa medicului curant de a-l trimite la psiholog. Referitor la situaţia trimiterii sale la consult psihiatric (în lipsa unor antecedente în domeniu), bolnavul se simte chiar lezat.

Din aceste motive, cel mai adesea - dar numai când terapeutul nu se simte depăşit - **este suficientă aplicarea unei PTS adecvată specificului problematicii bolnavului reumatic** iar, atunci când este posibil, **trimiterea sa la diferitele proceduri cu caracter psihoterapeutic** (Training-ul autogen sau psihosomatic, de ex.). Aceste metode - fiind incluse **într-un program terapeutic complex (ex. gimnastica medicală, proceduri fizioterapeutice diverse, badterapia**, etc.) - nu mai apar ca o diluare a responsabilităţii terapeutului, în plus, bolnavii beneficiază de avantajele terapiei în grup (comunicare cu ceilalţi bolnavi, ca şi cu terapeuţii respectivi, puterea exemplului celor care au reuşit să domine boala, etc.).

A. Principii de psihoterapie suportivă la bolnavii reumatici

PTS este implicată de desfăşurarea întregului act medical dar ea se înfăptuieşte, aproape în totalitate, în cursul discuţiilor dintre medic şi bolnav.

Medicul trebuie să pornească de la datele concrete ale situaţiei bolnavului caracterizată - în linii generale - prin existenţa a două laturi cu impact psihologic major: **disconfortul bolnavului (dominat de durere) şi handicapul, fizic în primul rând, generat de afectarea autonomiei sale (implicit creşterea dependenţei) - şi psihologic**, cauzat de situaţia de inferioritate (mergând până la perceperea unei veritabile stigmatizări). În Tabelul 1 figurează câteva caracteristici de psihoterapie de grup (după Csef), ce pot fi considerate ca repere şi pentru discuţia individuală cu pacientul reumatic.

Tabelul 1. Terapia de grup (TG) în bolile reumatice: Conţinut şi obiective (Felul modificat după CSEF - 1990)

1. Culegerea informaţiilor despre boală *(Simptome, medicaţia primită, efecte secundare - bolnavul lăsat să-şi exprime liber simptomele dar şi propriile opinii, emoţii, etc.)*
2. Clarificarea comportamentului său, ca bolnav *(Care tip de comportament influenţează boala în mod pozitiv sau negativ)*
3. Convorbire deschisă despre sentimentele personale *(ale fiecărui bolnav) referitoare la experienţa şi problemele sale în legătură cu boala*
4. Modalităţi de ajustare (coping) în cursul stresului psihic   *- centrare pe problemă*   *- centrare pe emoţie*
5. Coparticipare emoţională la ceea ce sunt ceilalţi şi invers
6. Efecte pozitive ale TG   *- lărgirea comunicării*   *- impact social din partea grupului*   *- combaterea izolării, dificultăţilor de comunicare şi anxietăţii*   *- creşterea siguranţei de sine*
7. Asocierea altor metode de TG   *- training autogen/relaxare*

Toate aceste consideraţii impun medicului practician o serie de precauţii, realizând o adevărată regizare a relaţiei sale cu bolnavul reumatic. Fără a avea pretenţia de a oferi un model perfect şi permanent valabil în acest sens, vom prezenta câteva sugestii (prelucrate după Labhart, Barnard şi Luban-Plozza şi col. dar şi rezultate din unele observaţii personale):

➢ ascultarea atentă şi răbdătoare a bolnavului, **favorizând verbalizarea emoţiilor** sale, strâns legate de simptomele adesea obsedante, ca şi de ecoul lor în existenţa sa (a nu se manifesta, sub nici o formă, acea grabă a medicului pe care Luban Plozza o denumeşte în mod sugestiv "Angina temporis"); **această verbalizare contribuie şi la scăderea anxietăţii pacientului;**

➢ **luarea în serios a acuzelor pacientului (chiar şi atunci când ele sunt mult modificate în cadrul haloului psihic** ce are la bază personalita-

tea dar şi biografia bolnavului); o negare a autenticităţii suferinţei pacientului reumatic sporeşte anxietatea şi ulterior, depresia acestuia, conducând adesea la ruperea relaţiei terapeutice (de fapt, nu contează dacă suferinţa bolnavului este preponderent psihică şi mai puţin somatică, ea există ca atare şi trebuie înţeleasă);

➢ **observarea atentă a mimicii**, ca şi a gesturilor bolnavului, inclusiv - şi mai ales - a acelora care se însoţesc de modificări posturale (de ex. camuflarea agresivităţii printr-o poziţie încordată a cefei sau a trunchiului);

➢ în plus, este necesară **includerea, în setul de întrebări adresate pacientului, pe acelea care aduc informaţii de ordin psihologic** şi pe care le-am considerat extrem de utile în anamneza oricărui bolnav psihosomatic (Iamandescu - 1997) ele putând să aducă informaţii cu referire la:

❑ existenţa unor **factori psihotraumatizanţi în ultimele luni**, ca şi o trecere în revistă foarte sumară a unor eventuale traume psihice majore în cursul biografiei pacientului.

❑ **relaţia dintre stresurile psihice şi acutizările simptomatologiei** (pot fi cazuri în care această relaţie nu este evidentă).

❑ **modul în care boala (dar şi medicaţia prescrisă!) afectează calitatea vieţii pacientului** (pot fi utilizate, după terminarea anamnezei; unele chestionare consacrate în această privinţă, ca de ex. SF-36 Mosby); sunt importante detaliile cu privire la **dispoziţia (depresivă, anxioasă)** a bolnavului, **tulburările de somn**, ca şi **afectarea unor activităţi uzuale**, prin impotenţa funcţională generată de boală sau prin efectele secundare ale medicaţiei). Nu trebuie omise nici tulburările de dinamică sexuală, destul de frecvente la bolnavii reumatici cu tulburări severe de statică sau imobilitate care acuză dureri la cele mai mici mişcări

➢ instaurarea unui **climat de încredere şi de optimism terapeutic**, menit să consolideze o relaţie terapeutică benefică şi să contribuie la creşterea complianţei terapeutice, ca şi la potenţarea efectului farmacologic "în sine", obiectiv, al preparatelor administrate printr-un efect adiţional psihologic, de tip Placebo, care depăşeşte cu mult aproximativ 30% subiecţi amelioraţi (Placebo pozitivi) din studiile farmacologice consacrate unor noi medicamente. În acest din urmă caz, **la acţiunea antialgică a medicaţiei administrate bolnavilor reumatici se adaugă şi o anume cantitate de endorfine, generate de credinţa bolnavului în efectul benefic** al medicamentelor pe care le-a primit. Se înţelege că, în aceste cazuri - de bună relaţionare între medic şi bolnav - se pot utiliza doze mai mici de medicamente antiinflamatorii şi de psihotrope datorită acestor factori psihici mobilizaţi şi antrenaţi - prin mecanisme încă necunoscute - în procesul vindecării.

B. Procedee psihoterapeutice speciale utilizate în bolile reumatismale

Sunt extrem de **utile în cazul asocierii cu celelalte procedee terapeutice** (medicamentoase, fizice, etc.) dar, de regulă, sunt efectuate numai sub **îndrumarea unor psihoterapeuţi specializaţi** în metodele respective. Totuşi, având în vedere că **majoritatea acestor procedee vizează relaxarea musculaturii hipertonice, concomitent cu o relaxare psihosomatică ge-**

nerală, există posibilitatea învăţării de către pacient a conţinutului exerciţiilor unei metode şi autoaplicarea lor ulterioară, la domiciliu sau în oricare loc ce permite relaxarea acestuia.

Aşa este cazul cu **"antrenamentul autogen" - Schultz (Autogenic Training)** care se bazează pe conştientizarea de către pacient a cenesteziei sale somatice prin sugestia transmisă de terapeut - în momentul învăţării exerciţiilor în grup - şi apoi prin **autosugestia pacientului, referitoare la aceleaşi senzaţii de linişte şi relaxare a diferitelor părţi ale corpului**: membre, inimă, aparat respirator, abdomen, regiune cefalică. Pentru bolnavul reumatic această "autorelaxare concentrată" are valoare prin referirea la grupele musculare şi la sentimentul de linişte şi relaxare trăit atât la nivel psihic, cât şi somatic de către pacient. Exerciţiile pot fi însoţite de **muzică**, (posedă un efect musculorelaxant), iar însuşirea lor se poate face în maximum 2 săptămâni, ulterior pacientul putând să efectueze singur - acasă ori într-o pauză de serviciu - unul sau două exerciţii (cu durate de câteva minute). Pentru bolnavii reumatici **cele mai indicate sunt primele 3 exerciţii ("linişte", "greutate", "căldură")**.

O variantă, activă, a acestei metode o constituie **"Training-ul psihosomatic" elaborat de Luban Plozza**, constând într-un complex de exerciţii centrate pe respiraţie şi însoţite de masaj, totul pe un fundal muzical. Această formă de psihoterapie combinată cu mişcarea şi muzica pare să fie cea mai indicată pentru bolnavii reumatici.

În esenţă, toate aceste exerciţii de relaxare, fie pasivă (ca în T.A. Shultz) fie active (ca în antrenamentul psihosomatic) conduc în ultimă instanţă la concentrarea pacientului asupra senzaţiilor sale organice, ca şi a imaginii corpului său.

Muzicoterapia apare ca o reală promisiune în cadrul complex al bolnavilor reumatici. În afara efectului cert de **relaxare**, ca şi a celui de **comutare a preocupărilor anxioase** sau "gândurilor negre" spre o lume imaginară, încărcată de frumos - muzica are capacitatea de a induce la ascultător **creşterea secreţiei de endorfine** (Harvey cit. de Van Deest). De altfel, de mai bine de două decenii, muzica a fost utilizată ca important adjuvant în anestezia practicată în unele intervenţii chirurgicale (inclusiv în stomatologie sau ginecologie) şi, de asemenea, pentru diminuarea durerilor din timpul travaliului obstetrical (Springte şi Droh).

C. Complianţa terapeutică la bolnavii reumatici

Încercând o privire succintă a complianţei terapeutice (CT), am putea afirma că ea reprezintă gradul de aderenţă a bolnavului la indicaţiile medicului, referitoare la medicaţie, dietă, mod de viaţă, etc.

Tendinţa bolnavilor reumatici la hipocomplianţă ar putea fi mai redusă decât în alte boli psihosomatice deoarece durerea reprezintă un simptom pentru a cărui combatere pacientul este gata să respecte cele mai draconice prescripţii medicale. Pornindu-se de la aceste premise şi în acord cu noile principii de tratament (observate, de ex., în astmul bronşic), ameliorarea complianţei terapeutice se bazează pe **instaurarea aşa-numitului "par-**

teneriat pentru sănătate" ce constă în libertatea (parţială) de decizie acordată bolnavului care - în condiţiile unei bune şi obligatorii instruiri despre cauzele, principalele mecanisme ale bolii, ca şi despre raţiunea tuturor măsurilor terapeutice - poate să-şi modifice temporar medicaţia (dozele) (până la un nou control medical) şi trebuie să-şi exprime liberul consimţământ asupra diferitelor restricţii impuse de conduita terapeutică. Este lesne de înţeles că o serie de **factori psihologici, dependenţi de medic, pacient, anturajul** acestuia dar şi de natura disconfortului, restricţiilor impuse de boală sau de acţiunea medicamentelor (efecte secundare, inclusiv agravarea unor boli asociate, etc.) concură la ecuaţia personală a bolnavului referitor la CT.

D. Asociaţii ale bolnavilor reumatici

Ca şi în alte boli cronice psihosomatice, ca de ex. bolile coronariene sau diabetul zaharat şi, în ultimul timp, astmul bronşic - bolnavii reumatici şi-au format propriile asociaţii care **au ca scop instruirea şi exemplificarea unui mod de viaţă adaptat problemelor bolilor reumatismale**, oferind şi condiţii de **participare în comun la anumite forme de terapie, în special fizică.**

O astfel de organizaţie este reprezentată de către Rheuma-Club, înfiinţat în 1979 la Munchen. Activitatea acestui club se desfăşoară sub forma unor **şedinţe de terapie în grup o dată pe săptămână** (miercurea între orele 18-19,30, spre a putea avea acces şi pacienţii activi profesional). Se începe cu **gimnastica în bazinul cu apă** (încălzită la 32-34°C) şi, după 45 de minute, se continuă cu un **program de exerciţii fizice la sala de gimnastică**. Ulterior au loc **discuţii între membrii grupului** (maximum 10, de regulă - 6-7 pacienţi) **şi cu terapeutul**, prilej pentru bolnavi de a-şi împărtăşi reciproc problemele lor sufleteşti - ieşind din izolarea impusă de boală - dar şi de a discuta despre suferinţele generate de boală. Un rol important îl au exemplele vii ale acelor bolnavi care au reuşit să depăşească fazele critice ale bolii. Efectele favorabile asupra evoluţiei bolii au fost comparate cu rezultatele - mult sub aşteptări - obţinute de către aceiaşi bolnavi într-o fază anterioară când ei au urmat acelaşi tip de program la domiciliu (băi calde în cadă, urmate de aceleaşi exerciţii de gimnastică), lipsindu-le doar avantajele comunicării, inclusiv al verbalizării senzaţiilor generate de boală ca şi ale emoţiilor (Stocksmeier şi Pinno-Poweleit).

Bibliografie

1. *Barnard C. Cum să trăim mai uşor cu artrita. Rohn Direct Impex, Bucureşti, 1994, p. 63-71, 95-101.*
2. *Beck D. In: Psyche und rheuma psychomatische Shmerzzustand des bewegungsapparates, Schwalbe, Eular Publ. Basel, p. 180-186, 1975.*
3. *Buddenberg C., Kaufmann P., Radvila A. Introduction: Qu'est-ce que la médecine psychosomatique et psychosociale? În: Médecine psychosomatique et psychosociale en Suisse. Bäbler, Bern 1993 (eds. Budderberg C., Kaufmann P., Radvila A.), p. 57-62.*
4. *Bernhard P. Chronische funktionelle schmerzzustande des bewegungsapparates auspsychosomatischer Sicht. Ther. Woche, 1983, 33, 3837.*

5. Gerber R. Cap. Chronisches kranksein. In: Psychosoziale Medizin (Hgst. J. Willi und E. Heim, Berne, 1995, p. 529-538).
6. Iamandescu I. B. Psihologie medicală, p.113-119, p. 251-259, ed. Infomedica, Bucureşti, 1995.
7. Iamandescu I. B. Bolile psihosomatice - argumente pentru reformularea conceptului. Infomedica, 1997, 1, 10-11.
8. Ikemi Y. Integration of eastern and western psychosomatic medicine. p. 1-7, p. 26-35, Kunshu University Press, 1996.
9. Keeol O. J. Neurosurgery, 1984, 15, 935.
10. Labhardt F. Psycho und psychopharmakotherapie bei rheumatischen erkrankungen. Therapiewoche, 1985, 35, 1235-1242.
11. Luban-Plozza B., Poldinger W., Kröger F. Boli psihosomatice în practica medicală. Ed. Medicală, Bucureşti, 1996, p. 239-252.
12. Spingte R., Droh R. Musik-Medizin. G. Fischer, Stuttgart-Jena-New York, 1992, p. 23-30, 92-94.
13. Van Deest. Hailen mit Musik, Thieme, Stuttgart, 1997, p. 28-40.

***

Capitolul 3

ELEMENTE DE PSIHOSOMATICĂ ALERGOLOGICĂ

Ioan Bradu Iamandescu

I. Psihoneuroalergologia - domeniu de interferenţă între acţiunea factorilor imuno-alergici şi factorii psiho-sociali, din perspectiva psihosomatică şi somato-psihică

1. Argumente preliminare. Scurt istoric

În ultima jumătate de secol, relaţiile psihologiei cu medicina au început să se emancipeze de sub tutela psihiatriei de orientare psihanalitică (deşi mai există numeroase sechele). Intervenţia activă a unor cercetători din rândul corpului medical - care au asociat numeroşi psihologi şi sociologi la studierea epidemiologiei unor boli psihosomatice de largă răspândire, între care şi astmul alergic sau dermatita atopică - a reuşit să contureze, alături de factorii de risc somatici, o serie de comportamente nocive pentru sănătate ca de exemplu tipul comportamental A, desemnat ca factor de risc pentru bolile coronariene. De asemenea, observaţiile clinicienilor - atunci când au căpătat şi girul psihologilor care au utilizat diferite teste, în special în domeniul trăsăturilor de personalitate - au putut evidenţia apariţia unui comportament regresiv al omului bolnav, generat de suferinţa sa (mai ales în bolile cronice cu evoluţie prelungită).

La bolnavii psihosomatici au mai fost observate frecvent o intensă anxietate, întreţinută de perspectiva revenirii unor simptome extrem de penibile (durere, dispnee, etc.), ca şi o stare depresivă generată de frecventele recidive, ca şi de o serie de eşecuri terapeutice. Considerându-se şi implicarea factorilor psihosociali în apariţia bolilor în general dar mai ales a celor psihosomatice, s-a creat premiza unor modele explicative ale apariţiei diverselor îmbolnăviri.

Aşa s-a născut modelul bio-psiho-social postulat de către Engel şi constituind o premisă teoretică logică pentru explicarea rolului diverselor categorii de agenţi etiologici capabili să prevină îmbolnăvirea ori agravarea unei boli deja existente.

Este lesne de înţeles că două dintre rădăcinile bolii (psihică şi socială), diferite de cea biologică (legată de "soma"), explică intervenţia factorului

psihic (psyche) întrevăzut încă din antichitate ca având un rol important, adesea nelipsit, în patogeneză.

Acest model al bolii constituie în acelaşi timp şi factorul de legimitate pentru Medicina psihosomatică, concept ce desemnează o dublă entitate:

❑ *teoretică*, fondată pe concepţia psihosomatică, bazată pe explicarea unităţii dintre psihic şi somatic, atât în cadrul mecanismelor patogenezei cât şi în cel al vindecării bolii (Buddeberg şi colab.).

❑ *practică*, bolile psihosomatice, concepute ca boli cu etiologie multifactorială dar cu o componentă psihogenă obligatorie, fie asociată cu ceilalţi factori specifici organului afectat, fie acţionând alternativ cu aceştia sub aparenţa exclusivităţii (Iamandescu 1980, 1997) (de exemplu un astm intrinsec presupus psihogen, dotat cel puţin cu o hiperactivitate bronşică nespecifică).

Psihosomatica de esenţă psihanalitică a început în ultimile două decenii să opereze cu concepte psiho-fiziologice, neuro-endocrinologice şi biochimice, iar în planul terapeutic cu o serie de metode psihoterapeutice axate pe modificarea comportamentelor nocive pentru sănătatea individului.

Stabilirea domeniului de includere a bolilor psihosomatice din rândul diferitelor specialităţi medicale (vom mai reveni asupra acestui subiect) constituie şi în prezent o tentativă nu lipsită de riscuri. Totuşi, acolo unde ponderea etiologică a factorului psihic a apărut ca fiind remarcabilă, s-au constituit chiar veritabile interramuri ale medicinii psihosomatice. Buddeberg şi colab. citează într-o lucrare relativ recentă (1995) câteva astfel de domenii aplicative ale psihosomaticii: psihosomatica ginecologică, reumatologică, dermatologică, cardiovasculară, etc.

A sosit momentul ca, după magistrala deschidere, realizată de Ader, în domeniul psihoneuroimunologiei, să putem inaugura un alt domeniu, înrudit cu acesta dar şi "mai psihosomatic" - acela al Psihoneuroalergologiei.

Psihoneuroalergologia poate fi definită ca o disciplină de interferenţă între alergologie şi psihologie, dar cel puţin în acest moment în care alergologia constituie încă un "tot unitar" (neexistând o separare între alergologia preclinică şi cea clinică), ***această nouă disciplină poate fi reclamată de psihosomatică ca o nouă subramură a acesteia.***

O activitate de peste 25 ani în această zonă de interferenţă între alergologie şi psihologie, mă îndreptăţeşte, sper, să încerc în lucrarea de faţă o conturare a acestui nou teritoriu al Psihosomaticii.

Din cercetarea literaturii consacrate relaţiilor dintre alergologie şi psihologie considerăm că se pot distinge două etape:

- *cea iniţială* (la mijlocul secolului XX), dominată de abordarea acestei relaţii ***aproape exclusiv prin prisma concepţiei psihanalitice*** (Şcoala lui Alexander, profilurile psihosomatice elaborate de Flanders Dunbar, etc.), dar care a furnizat - printre altele - metodologia actuală de investigare a ponderii factorului psihic în etiopatogenia astmului bronşic, bazată pe conceptul de boală multifactorială a acestuia (Freour) şi stabilirea relaţiilor cronologice între evenimentele psihotraumatizante şi fluctuaţiile evoluţiei bolii (Kourilsky);

- *etapa ultimului deceniu*, caracterizată prin elaborarea unor lucrări cu privire la intervenţia factorului psihic ca trigger suplimentar al unor sindroame clinice cu etiologie predominant alergică, analizând şi ***mecanismele psihoneurofiziologice implicate*** (Barnes, Rihoux, Marone, Biennenstock, Grob, Ballieux etc), sau ***indicii de calitate a vieţii*** la bolnavii alergici (E. Juniper, Bousquet şi colab. etc), ca şi modul în care se poate edifica un veritabil ***"parteneriat pentru sănătate"*** al bolnavului astmatic (Edith Raamekers), posibil de a fi atins şi la alte boli alergice.

Întrucât din 1970 şi până în prezent, am trăit această evoluţie a conceptelor de "Psihosomatică alergologică", sper ca la o eventuală revenire ulterioară asupra acestui subiect să consacru un paragraf mult mai consistent istoricului devenirii Psihoneuroalergologiei.

Ceea ce este încă un prilej de nemulţumire faţă de felul cum este privit acest domeniu de către comunitatea alergologică, este absenţa Psihoneuroalergologiei din "main topics" a Congreselor EAACI (excepţie 1991) la care am participat până în acest an (1998).

O altă excepţie o constituie includerea unei topici "Psychosomatic problems in allergology", la primul Congres Balcanic de Alergologie în 28-29 mai 1998 (Preşedinte al Comitetului de organizare Prof. Jenny Mileva).

2. Conceptul de Psihoneuroalergologie, sfera domeniului şi obiectivele sale

Deoarece obiectivele şi sfera de preocupări a PNA sunt aplicaţii ale Psihosomaticii şi Medicinii Psihosociale în domeniul alergologiei, se cuvine să prezentăm succint noţiunile de bază ale acestor discipline.

De asemenea, după cum am mai afirmat la începutul acestei cărţi, ***psihoneuroalergologia (PNA) apare în opinia noastră ca un domeniu de interferenţă între alergologie, psihoneurofiziologie şi psihologie clinică***. Ea poate fi considerată, fie ca un domeniu particular al Alergologiei (care până acum nu-l revendica!), fie ca o ***subramură a Psihosomaticii*** (care, chiar şi sub o formă nesistematizată, a înregistrat preocupări în acest domeniu).

Obiectivul său major este studierea reacţiei biunivoce (de interdependenţă) dintre viaţa psihică a unui individ predispus genetic (atopicul, în primul rând) şi evoluţia alergiei sale, începând cu apariţia hipersensibilizării latente clinic, continuând cu primele manifestări patologice patente - în al căror determinism factorul alergic şi cel psihic se influenţează reciproc - şi sfârşind cu aspecte severe legate de intricarea alergiei cu alte etiologii.

De altfel, în mod analog cu cele două ştiinţe generale de interferenţă dintre medicină şi psihologie, domeniul psihoneuroalergologiei cuprinde două zone interdependente:

- *influenţa vieţii psihice asupra constituirii inflamaţiei alergice (psihoneurofiziologie alergologică)* până la apariţia manifestărilor clinice percepute de către bolnav, zonă aflată în sfera psihosomaticii propriuzise;
- *reacţia bolnavului faţă de simptomele sale, ca şi faţă de comportamentul echipei medicale* şi a tuturor celor care îl îngrijesc (fără a omite şi com-

ponenta psihologică a acestui colectiv de îngrijire, generată de contactul cu bolnavul şi problemele acesteia) - zona aflată în sfera medicinei psihosociale şi putând fi provizoriu definită ca *Psihoalergologie clinică.*

Ambele "zone" ale PNA au un sector comun "psihosomatic" de convergenţă, de esenţă psihologică şi psihofarmacologică, dar şi de esenţa managerială, *cu elemente psihosociale implicite* (organizarea unui cadru socio-profesional şi instituţional de abordare concertată a problemelor comune unor categorii de boli alergice de largă răspândire, cum ar fi astmul alergic, dermatita atopică, alergia medicamentoasă şi alimentară, etc.).

Domeniile de definiţie ale PNA reprezintă în acelaşi timp obiective de interes diagnostic dar mai ales profilactic şi terapeutic deoarece evoluţia unui proces alergic este supusă legilor actuale, privind etiologia multifactorială a unui sindrom, cu includerea în rândul agenţilor etiologici - pe lângă cei principali, alergici - a unei serii de factori nespecifici bolii respective, denumiţi ***triggeri.*** Aceştia au proprietatea de a declanşa aceleaşi manifestări clinice, la fel ca şi agentul etiologic "de bază" (alergenul).

În cazul unor boli cu etiologie alergică dominantă precum astmul alergic, dermatita atopică, etc. sau al unor boli alergice propriu-zise (polinoza, alergia medicamentoasă ori la veninul de himenoptere, de ex.), *triggerul psihogen poate acţiona alternativ cu alergenul sau sumativ cu acesta* în declanşarea sindroamelor respective dar el poate şi să "sape" la fundaţia bolii prin mecanisme care accentuează inflamaţia alergică sau diminuă activitatea unor componente ale sistemului imun (acestea din urmă sunt întărite în cazul psihoterapiei).

În acelaşi timp, ca toate bolile psihosomatice, alergiile cu manifestări clinice - generatoare de disconfort dar şi ale unei veritabile anxietăţi - referitoare la ameninţarea adesea vitală ca şi a inserţiei individului în mediul său social (familial şi profesional în primul rând) - sunt considerate ca *afectând calitatea vieţii bolnavilor.* Ele trebuie abordate prin prisma concepţiei psihosomatice care extinde investigaţia clinică (mai ales la nivelul anamnezei) *în direcţia considerării intervenţiei factorului psihic ca trigger* al manifestărilor clinice şi ca element ce poate marca evoluţia bolii. În plus, factorul psihic trebuie privit şi din punctul de vedere al implicării sale în relaţia bolnavului alergic cu medicul şi cu persoanele capabile să-i ofere un suport moral, ca şi din punctul de vedere al *implicării unor elemente psiho-sociale în complianta terapeutică,* element de bază al actului medical şi având, la bolnavul alergic (astmatic în special), serioase neîmpliniri.

Sintetizând, după Spector şi Micklas, problemele psihologice ale bolnavilor alergici, le redăm în *tabelul 1.*

După această conturare inevitabil sumară a domeniului PNA, vom încerca să propunem următoarele obiective ale acestei noi ştiinţe interdisciplinare:

1. Stabilirea ponderii factorului psihic (reprezentat în special, de stresul psihic sub variatele sale faţete) în dinamica procesului alergic.

Este apreciată cu începere de la etapa infraclinică (edificarea hipersensibilizării) şi până la evoluţia spre etapele severe, ale bolii alergice, intricată cu alte etiologii. Tot în cadrul acestui obiectiv se înscriu şi preocupările diverşilor

autori de a cerceta natura diferiţilor factori psihotraumatizanţi ca şi mecanismele psihoneurofiziologice prin care aceştia acţionează asupra diferitelor verigi ale reacţiei alergice, ca şi asupra evoluţiei clinice a unei boli alergice sau a unui sindrom cu componenta etiologică alergică.

Tabelul 1. Probleme psihologice ale bolnavilor alergici (modificat după Spector şi Micklas)

1. Declanşarea psihogenă a puseelor (urticarie) sau a crizelor (astm), etc.
2. Perceperea unor stări de frustrare, supărare sau conflicte în sânul familiei.
3. Pierderi cu impact afectiv major (decese, divorţ, concediere, schimbarea locuinţei, etc.).
4. Referiri frecvente la moarte, stare de neajutorare sau lipsă de speranţă.
5. Modificări comportamentale, labilitate emoţională, fumat excesiv, abuz de alcool.
6. Evidenţa unor abuzuri fizice sau sexuale.
7. Probleme conflictuale cu anturajul familial şi profesional.
8. Noncomplianţa - de cercetat cauzele.
9. Abilităţi intelectuale şi motivaţionale reduse pentru îndeplinirea monitorizării progresului terapeutic.

2. Cercetarea impactului bolii alergice asupra psihicului bolnavului afectat

Implică o considerare a trei mari categorii de probleme:

a) *reculul somato-psihic, ca reacţie psihică la disconfortul specific bolii*, concretizat prin tulburările în sfera psihică acuzate de un bolnav ca urmare a simptomelor sale alergice din cursul episoadelor acute ale bolii (de ex. insomnia ori somnolenţa diurnă la un astmatic cu crize nocturne, iritabilitatea şi starea de jenă a unui bolnav cu un prurit frecvent, în cadrul unei urticarii sau dermatite atopice, etc.);

b) *reacţia psihică faţă de posibilitatea repetării puseelor* de activitate ale bolii alergice (de regulă, o stare de anxietate, de aşteptare, ca în cazul crizelor de astm sau al puseelor de edem glotic, cu evoluţie greu controlabilă) ori *o anxietate de perspectivă sau o stare de descurajare* - mergând până la depresie - (ca în cazul nevoiii de tratament medicamentos la bolnavii cu alergie medicamentoasă);

c) *studiul indicatorilor de calitate a vieţii (QOL)*, cu implicaţii în viaţa psihică a bolnavului, în sfera sa motivaţional-afectivă dar şi a randamentului său fizic şi intelectual vizând inserţia sa socială (familială şi profesională).

3. Modificările personalităţii bolnavului alergic

Au în vedere cele două direcţii de abordare impuse de disputa dintre numeroşii autori care au studiat personalitatea bolnavilor alergici, în special

pe cea a astmaticilor. Anticipând opinia noastră, expusă într-un capitol ulterior, se pot avea în vedere:

- *trăsăturile de personalitate premorbide*, cu rol favorizant în apariţia mai facilă a unui stres psihic (Iamandescu, 1980, 1993) şi în comportamentul nociv al bolnavului alergic (complianta terapeutică redusă, amplificare psihogenă a momentelor evolutive ale bolii, etc.)
- *trăsăturile de personalitate induse secundar de evoluţia cronică* a unei boli alergice, generatoare de disconfort psiho-fizic, ca şi al unor probleme socio-profesionale. Sunt comune tuturor bolnavilor cu boli psihosomatice cronice dar, în cazul alergicilor, aceste trăsături de personalitate (dominate de depresie) capătă nuanţe particulare.

4. Tulburările neurologice şi psihiatrice induse de sindroamele cu etiologie alergică dominantă.

Dacă tulburările neurologice de cauză alergică sunt fie insuficient cunoscute, fie controversate, tulburările psihiatrice sunt destul de frecvent întâlnite, cel mai adesea fiind izolate dar având uneori şi o "configuraţie neurotică" (atacuri de panică, stări depresive). În schimb foarte mulţi bolnavi alergici (în urticaria cronică de ex. sau în astmul bronşic corticodependent) suferă o veritabilă "dezvoltare nevrotică" (termen abandonat de ultimele DSM-III şi IV - dar care poate desemna o "stare de fapt" clinică destul de superpozabilă unei modificări secundare a personalităţii). Importanţa izolării acestui obiectiv de studiu al PNA constă în focalizarea interesului pentru *acel eşantion de populaţie cu boli alergice care necesită consult psihologic şi/sau psihiatric*, ca şi - destul de des - apelul la mijloace psihofarmacologice.

5. Introducerea unor proceduri psihoterapeutice simple (suportive) sau complexe, în mod sistemic la bolnavii alergici, în funcţie de ponderea în dinamica bolii a factorului psihic asociat, ca şi de circumstanţele de instituire şi de desfăşurare a relaţiei terapeutice.

Constituie un vast capitol, în continuă extensie a PNA, începând cu principiile de abordare psihosomatică a bolnavilor alergici, continuând cu psihoterapia simplă (de susţinere) şi terminând cu psihoterapiile complexe (de relaxare, experienţiale, muzicoterapie, etc.) cu accentul pe grupul terapeutic.

În esenţă, scopurile şi posibilităţile diverselor forme de psihoterapie pot fi rezumate astfel:

❑ *anihilarea sau atenuarea intervenţiei factorului psihic* în evoluţia bolii alergice manifeste clinic;

❑ *ameliorarea integrării sociale a individului*, paralel cu corectarea indicilor de calitate a vieţii de natură psihologică (inclusiv acomodarea bolnavului în situaţiile imposibil de ameliorat);

❑ *influenţarea efectivă a simptomelor bolii alergice* (de ex. biofeedback, muzicoterapie, hipnoza, etc.);

6. Asigurarea unei complianţe terapeutice optime

Implică - în plan psihologic, inclusiv educaţional - atât factorul cantitativ reprezentat prin creşterea raportului procentual dintre indicaţiile urmate de

bolnav şi cele prescrise de către medic cât şi factorul calitativ, reprezentat de participarea activă, în cunoştinţă de cauză a bolnavului alergic la propria sa vindecare.

O importanţă crescândă, în special la bolnavii alergici, o prezintă antrenarea familiei (alături de medic, studenţi, infirmiere, asistenţi sociali) la îngrijirea bolnavului alergic, modalitate realizabilă după exemplul modelului Monte Verita (Luban-Plozza).

7. Organizarea unui model de viaţă al bolnavului alergic, pornind de la educarea alergicilor (dar şi a celor predispuşi) sau realizarea unor facilităţi privind adresabilitatea la medic şi culminând cu constituirea unor veritabile asociaţii ale acestor bolnavi (de exemplu astmaticii), menite să concentreze avantajele abordării complexe a bolilor alergice inclusiv oferirea unor mijloace variate de a depăşi inconvenientele.

Vom releva pe parcursul acestei lucrări fiecare din obiectivele înfăţişate mai sus, fie în cadrul acestei părţi de PNA generală, fie în cadrul tratării principalelor boli alergice (astmul bronşic, dermatita atopică de ex.).

Bibliografie

1. *Ader R (red). Psychoimmunology - Academic Press-London, New York 1981.*
2. *Ballieux RR. Psyche and immune response Fisons Summary Service Wednesday May 22 EAACI - Congress Zurich 1991.*
3. *Barnes PJ. Neural mechanisms pp.161-174, in asthma in Advances in allergy and clinical immunology (Ed.Godard pH., Bousquet J. şi Michel F.B.). Parthenon Publish. Group, Lancs U.K. New Jersey, 1992.*
4. *Bienenstock J. Psychoneuroallergology - a reality in Conversations in allergy (IV) - pp. 15-18, UCB - Institute Allergy, Brain l'Alleud, 1995.*
5. *Bonini Se, Bonini St, Lambiase A et al - Immune, endocrine and neural aspects of allergic inflammation - 475-481, vol.XVI - European Congres of Allergol. Clin. Immunol. Monduzzi, Bologna, 1996.*
6. *Bousquet J How do we optimise asthma assessments ? in Eds. Clark T.H., Falori I.M. How do we optimise asthma therapy ?, pp. 27-30, Excerpta Medica, Amsterdam 1992.*
7. *Bousquet J, Godard Ph, Michel FB (eds) Allergologie, pp. 227-242, Ellipses, Paris, 1993.*
8. *Bousquet J, Michel FB. Socio-economic aspects of allergic diseases p.178-184, in Wuthrich B. - Highlights in allergy and clinical Immunology. Hogrefe and Huber, Bern, 1991.*
9. *Buddeberg Cl, Radvila A, Kaufmann P, Was ist Psychosomatik und Psychosoziale Medizin, in Medecine psychosomatique et psychosociale en Suisse. Verlag Babler-Bern, 1993.*
10. *Dunbar F. Synopsis of psychosomatic medicine. Mosby, St.Louis, 1948.*
11. *Engel GL, The need for a new medical model. A change for bioscience. Science. 1977, 196:129-136.*
12. *Freour P, Asthme - une maladie complexe, - Bordeaux Med., 1969, 1, 11, 11 012.*
13. *Freour P, L'asthme - terrain d'affrontement pour les conceptions medicales, - Nouv. Press Med., 1979, 8, 30, 2449-2650.*
14. *Graham DT, Psychosomatic medicine, in red. Greenfield M, and Sternbach R, Handbook of Psychophysiology, Rinehart Winston, New York 1972.*

15. *Graham P. Childhood asthma: A psychosomatic disorder ? Some epidemiological considerations. Br. J. Prev. Soc. Med. 1977, 21:78.*
16. *Grob. P.Stress related disorders. Fisons Summary Service. Wednesday, May 22 EAACI - Congress, Zurich 1991.*
17. *Iamandescu IB. Corelaţii psiho-somatice în astmul bronşic, - Teză de Doctorat, IMF Bucureşti 1980.*
18. *Iamandescu IB, L'instertion des stimuli psychiques dans les mechanismes etiopathogeniques de l'asthme bronchiques avec trigger psychogene. Considerations sur certaines etudes personelles (epidemiologique et psychologique), Rev.Roum.Psychol., 1990, 27, 2, pag. 121-135.*
19. *Iamandescu IB. Stresul psihic şi bolile interne, ALL, Bucureşti, 1993*
20. *Iamandescu IB - Stresul psihic la interferenţa Psihologiei Medicale cu Psihosomatica, - J.med., 1993, 2, 17-19.*
21. *Iamandescu IB. Principles of psychosomatic approach of allergic patients - Rev.Roum.Psychol. 1993, 37, 1, 79-90.*
22. *Juniper Elisabeth - Measuring health-related quality of life in rhinits J. Allergy Clin Immunol 1997; 99:S742-9.*
23. *Kourilsky R. - Le conflict de personalite chez l'asthmatique J.Fr.med.Chir., 1963, 2, 135.*
24. *Lubban-Ploza, B. Poldinger W, Kroger F. Boli psihosomatice în practica medicală (trad.E.Toma). Ed.Medicală, Bucureşti, 1996.*
25. *Marone G, The concept of basophil and mast cell releasability - ACI - News 1993, 5/1, 31-32.*
26. *Rameckers EM - Patient empowerement - a threat or a help ? - EFA - Symposion at the ICACI 94 Conference-Stockholm June 29th, 1994.*
27. *Rihoux JP. The allergic reaction. 2nd ed. UCB-Pharm. Sect., Braine l'Alleud, 1993.*
28. *Rosenman RH, Friedeman M. - Modifying type A behaviour pattern, J.Psychosom. Res., 1977, 21, 323-331.*

***

3. Premise teoretice psihofiziologice şi clinicopsihologice ale inserţiei factorului psihic în etiopatogenia unor "sindroame alergice"

A. Sindroame plurietiologice cu dominanţa etiologiei alergice

Domeniul de definiţie al bolilor alergice este, în realitate, mult mai restrâns decât acela al asistenţei medicale prestate actualmente pentru o serie de bolnavi care sunt etichetaţi ca alergici (6).

Aşa-zisele boli alergice sunt, de fapt, sindroame (de exemplu, astm, rinită şi urticarie etc.), a căror etiologie poate fi reprezentată nu numai de alergeni, ci şi de alţi factori etiologici nealergici (infecţioşi, toxici, etc.), inclusiv cei psihici.

Primele date din literatură privind intervenţia stimulilor psihici în apariţia stării de alergie au fost axate în special pe intervenţia stimulatoare a stresului psihic în sinteza reaginelor dar şi pe o serie de observaţii clinico-psihologice menite să releve rolul de trigger al factorului psihic în apariţia unor manifestări produse, de regulă, de către alergeni.

Cercetări ulterioare au confirmat şi evidenţiat mecanismele psihofiziologice de intervenţie a factorului psihic în apariţia "sindromului alergic".

Conceptul de reacţii de tip alergic

Este un termen pe care l-am propus prima oară referitor la alergia medicamentoasă , încă din 1988. În prezent îl consider necesar „ca un termen provizoriu" în cazurile în care mecanismul alergic sau pseudoalergic (de ex. aspirină şi alte AINS) al unui sindrom inflamator la nivelul mucoasei respiratorii sau tegumentelor nu poate fi precizat prin verificări eminamente clinice, dar trebuie tratat, în situaţiile de urgenţă, cu aceleaşi mijloace terapeutice (antihistaminice, corticoizi, medicaţie simptomatică).

Important este faptul că medicul alergolog este pus în situaţia de a trata trei categorii de bolnavi:

● bolnavi *alergici propriu-zişi*;

● bolnavi *nealergici cu sindroame având "reputaţia"* de a fi "în primul rând" alergice (astm, urticarie, rinită etc.);

● bolnavi alergici ale căror manifestări clinice devin polimorfe prin intricarea altor etiologii (uneori mai "agresive") şi mai ales prin "psihizarea" bolii (ex. o urticarie cronică "idiopatică" pe un teren atopic).

❑ *Alergenii pot reprezenta o pondere etiologică majoră* (de exemplu, în astm depăşesc 50% din cazuri, sau chiar mai mult), iar acelaşi alergen poate declanşa multiple sindroame, având "organe de şoc" variate (exemplu: rino-conjunctivită +/- urticarie - în polinoză, sau angioedemul feţei +/- edem glotic +/- crize de astm +/- şoc anafilactic, în alergia medicamentoasă ori alergia la venin de insecte). Aceste sindroame obligă la o dirijare a bolnavilor respectivi spre serviciile de alergologie, chiar atunci când agentul etiologic se dovedeşte a fi nealergic. De altfel, s-a instituit o veritabilă tradiţie în practica medicală de a fi trimise la alergolog toate cazurile în care bolnavii prezintă sindroamele menţionate, pe baza predominanţei etiologiilor alergice. Mai mult, chiar în cazurile de sindrom urticarian (urticarie şi/sau angioedem), în care ponderea reală a etiologiei alergice este sub 10%, bolnavii sunt trimişi la alergolog (dar şi la dermatolog). Încercând o sistematizare a posibilelor denumiri pentru sindroamele plurifactoriale cu etiologie alergică vom propune termenul de "boală cu componentă alergică" când etiologia acestor sindroame este parţial alergică şi cel de "boli alergice" pentru cazurile în care etiologia sindroamelor respective este exclusiv alergică (ex. polinoza).

❑ *Mai există un argument de ordin fiziopatologic*, extrem de raţional, spre a se îngloba prioritar în sfera alergologiei sindroamele menţionate: la originea lor se află eliberarea unor mediatori proinflamatori, fie cu acţiune directă (vasodilataţie, edem, hipersecreţie, constricţia musculaturii netede

şi a organelor cavitare), fie indirectă (factorii chemotactici pentru celulele inflamaţiei). Placa turnantă acţionată - prin intermediul mecanismului alergic (reacţia alergenului cu anticorpii sau cu celulele sensibilizate), dar şi prin degranulare directă cu eliberarea mediatorilor menţionaţi ai reacţiei inflamatorii de către factorii nealergici - este reprezentată de degranularea mastocitelor (din ţesuturi) sau a bazofilelor (din plasmă) purtătoare de receptori de înaltă afinitate (R I) pentru antigeni; în ultimii ani s-au descris şi alte celule (macrofage, trombocite, eozinofile etc.) posedând acelaşi tip de receptori, dar cu o afinitate mai redusă (R II) eliberatoare, şi ele, ale aceloraşi tipuri de mediatori: histamina, serotonina, SRS-A (leucotrienele LTB4, LTC4, LTD4), prostaglandina, factorul de agregare plachetar (PAF) etc.

❑ *Indiferent de mecanismul alergic sau nealergic simptomatologia este cvasiidentică.* Putem să exemplificăm cu o urticarie sau un astm, declanşate atât de către alergeni, cât şi de agenţi etiologici nealergici (microbieni, de exemplu). Prin degranularea mastocitară nealergică se explică unele ***reacţii pseudoalergice*** (la agenţi fizici, emoţii etc.), iar alte reacţii - de asemenea, pseudoalergice - se produc prin apariţia unor mediatori extrem de potenţi (leucotriene, prostaglandine D2 etc.) datorită devierii metabolismului acidului arahidonic prin inactivarea ciclooxigenazei (de către aspirină şi alte AINS).

Bousquet, Godard şi Michel (1993) includ în sfera reacţiilor pseudoalergice şi alte reacţii - fără participarea sistemului imun - ca de exemplu ***reacţiile idiosincrazice*** (eliberare sau aport excesiv de histamină şi alte amine vasoactive), ***metabolice*** şi ***toxice*** (ex. formarea de endotoxine). Numitorul comun al tuturor acestor reacţii pseudoalergice îl reprezintă *declanşarea sindroamelor respiratorii, cutanate, digestive etc. de către o aceeaşi substanţă, utilizându-se veriga efectoare a reacţiei alergice dar, fără implicarea reacţiei antigen-anticorp (sau limfocit sensibilizat).*

❑ Pentru ambele modalităţi există o aceeaşi soluţie terapeutică imediată, constând în medicaţie antihistaminică şi/sau cortizonică asociată cu cea simptomatică (bronhodilatatoare de ex.).

B. Rolul factorului psihic în apariţia alergiei şi declanşarea unor "sindroame alergice"

Inervaţia vegetativă a "organelor de şoc" (inclusiv existenţa unor receptori colinergici pe mastocit) (1) oferă o explicaţie plauzibilă declanşării aceloraşi sindroame şi sub efectul unor stimuli psihici sau de tip reflex necondiţionat (5).

Consideraţiile de mai sus permit să se întrevadă faptul că insinuarea factorului etiologic psihic între ceilalţi factori declanşatori ai sindroamelor "alergice" şi "pseudo-alergice" poate avea loc:

- prin *sumaţie cu agenţii etiologici de bază* - alergici sau nealergici (nespecifici);
- prin *alternanţă cu aceştia*, existând uneori o aparenţă a exclusivităţii aşa-ziselor forme psihogene).

Din acest din urmă motiv au fost separate în literatură *formele etiologice de astm bronşic psihogen* (Hansen, Seropian, Kleinsorge, Oehling), *urticarie* şi *angioedem - psihogene* (Criep, Rajka) etc.

În astmul bronşic, noi am încercat să dovedim că stimulii psihici joacă un rol declanşator (trigger) direct sau indirect (5) - elementul fundamental pentru criza astmatică fiind terenul bronşic astmatic indus constituţional printr-o anomalie la nivelul receptorilor beta-adrenergici (Szentivanyi) şi "pus în valoare" printr-o inflamaţie bronşică cu predominanţa infiltratului celular eozinofilic (astmul bronşic = "bronşita descuamativă eozinofilică" (Reed) produsă de alergeni sau alţi agenţi nocivi (viro-bacterieni, iritanţi fizico-chimici etc.)

1. **Referitor la ponderea triggerului psihogen în declanşarea crizelor de astm alergic**, cercetările noastre au evidenţiat o diferenţă semnificativă între cazurile cu astm uşor, intermitent (de regulă cazuri ambulatorii) la care frecvenţa declanşării psihogene este de 24% din bolnavi (5'), cele cu astm persistent ce determină internări repetate, cu o mai frecventă declanşare psihogenă a crizelor (56% cazuri) (5") şi cazurile cu astm bronşic corticodependent la care frecvenţa declanşării psihogene a crizelor este maximă, 86% din cazuri (5).

În cazurile cu astm intrinsec opinia noastră (edificată numai pe baza unor observaţii şi studii clinice) este că triggerul psihic acţionează şi mai frecvent decât în astmul alergic).

În ceea ce priveşte urticaria şi angioedemul, există forme clinico-etiologice, cum ar fi *urticaria colinergică, în care stimulii psihici sunt cuprinşi în definiţie ca agenţi etiologici obligatorii dar, în ultimă instanţă, chiar şi ei - ca şi efortul fizic - acţionează tot prin încălzirea corpului* peste o anumită limită, "tolerată" de chemoreceptorii hipotalamici, ale căror impulsuri descendente, vehiculate pe cale colinergică, produc leziunile urticariene şi o descărcare "suplimentară" de histamină.

Toate aceste rezerve faţă de delimitarea unor forme clinico-etiologice "psihogene" ale unor sindroame produse în mod predominant de către alţi factori etiologici, nu diminuează totuşi importanţa etiopatogenică a stimulilor psihici, inclusiv a stresului psihic.

2. Dacă, **la fel ca şi în astm, refuzăm delimitarea unei forme de urticarie exclusiv psihogenă**, studiile noastre au evidenţiat **ponderea acţiunii trigger-ului psihogen** în urticarie şi angioedem după cum urmează (Iamandescu, 5):

- 100% în urticaria cronică idiopatică
- 54% în urticaria cronică de etiologie infecţioasă
- 62% în urticaria fizică
- 48% în urticaria alimentară
- 78% în urticaria medicamentoasă (5).

Mai mult, există reacţii psihogene, confundate de către bolnavi - în primul rând - dar uneori şi de către medic, cu reacţiile alergice.

Aceste reacţii nealergice constau în *tulburări neurovegetative pregnante, fără eliberare de mediatori ai inflamaţiei alergice.* Ele sunt caracterizate de anxietate şi se manifestă prin palpitaţii, ameţeli, stări lipotimice etc., fiind

declanşate de unele medicamente la persoane care au dezvoltat în mod cert şoc anafilactic sau edem glotic, în situaţii anterioare, la alte medicamente (de ex. Penicilina - Seropian şi Iamandescu - 1981). În experienţa noastră astfel de reacţii apar mult mai frecvent la persoane cu o vulnerabilitate crescută, constituţională sau dobândită, faţă de stres (adesea bolnavi nevrotici) (6).

C. Mecanismele generale privind intervenţia factorului psihic în geneza şi evoluţia bolilor alergice

În ultimii ani, înţelegerea mult lărgită a acestei probleme, ajunsă la nivelul cooperării intercelulare (celulele T şi B), promite să situeze în prim plan *acţiunea inhibitoare a stresului psihic asupra celulelor T supresoare (7) care "scapă de sub control" celulele B* transformabile în plasmocite secretoare de IgE (dar şi de unele clase de IgG, "precipitine", evidenţiate de Pepys ca stând la baza alergiei semitardive, de tip III).

În plus, *efectul inhibitor exercitat de stresul psihic major asupra celulelor NK (Natural Killer)*, soldat cu scăderea rezistenţei generale şi locale la infecţii determinând afectarea "organului de şoc", a fost demonstrat în plan epidemiologic (5) şi, în ultimii ani, experimental (7).

Rezultatul inflamaţiei "organului de şoc" este acela că se permite o *penetraţie crescută de alergeni la nivel cutanat*, cât şi la nivelul mucoaselor acestor organe (în principal respiratorii, digestive), acolo unde - cel mai adesea, dar nu totdeauna! - sunt constante manifestările patologice de tip alergic.

Extrem de important apare şi faptul că *inervaţia colinergică şi non-adrenergic - non-colinergică (mediată, între altele şi de către substanţa P)* (4, 10, 11) are ca efect apariţia unor tulburări directe, rapid instalabile (vasomotorii sau constrictoare ale musculaturii netede bronşice, intestinale, uterine etc.). Aceleaşi modificări pot apare şi indirect, în cazul substanţei P, prin eliberarea de histamină ca urmare a difuziunii acestui mediator printre mastocite şi degranulării consecutive a acestora.

Dacă ne gândim că sub efectul stresului psihic apar o serie de modificări ce produc *tulburări vasomotorii* (*eritem cutanat, congestie bronşică* - ambele cu rol favorizant în penetraţia alergenilor) sau *hiperventilaţie* (acelaşi fenomen, la nivel rino-bronşic) - putem avea o imagine mai largă asupra inserţiei factorului psihic în etiopatogeneză. De aici derivă şi susţinerea intervenţiei unor *mecanisme reflex condiţionate* - pledate de rolul dovedit al hipnozei (Black şi col., Klumbies), ca şi de numeroase observaţii clinice: ex. clasic al crizei de astm alergic la polen, declanşată de vederea unui buchet de trandafiri artificiali (McKenzie) sau în faţa TV, cu ocazia unor scene evocând alergenii la care bolnavul este sensibil (5).

Mecanismele mai sus-prezentate se referă la *"edificarea stării de alergie"*, dar şi la *eliberarea de mediatori ai reacţiei alergice* (ca urmare a reacţiei alergen-anticorp) care pot avea loc în absenţa unor manifestări clinice aparente (din fericire, "alergia latentă" este mai răspândită decât cea "manifestă").

În cazul unei eliberări masive a acestor mediatori, posibilă mai ales sub acţiunea altor triggeri (alergic, infecţios, iritativ fizico-chimic etc.) - la care se asociază în grad variabil factorul psihic - apar şi manifestările patente de tipul astmului, rinitei, urticariei şi angioedemului, şocului anafilactic, bolii serului etc.

În acest stadiu, al bolii deja manifestată clinic, factorul psihic (care a putut participa şi la "deschiderea scenei" bolii) începe să acţioneze ca trigger, ritmând evoluţia sindroamelor respective.

El acţionează (*figura 1*):

Figura 1 Intervenţia factorului psihic în evoluţia bolilor alergice (după Iamandescu, 1993)

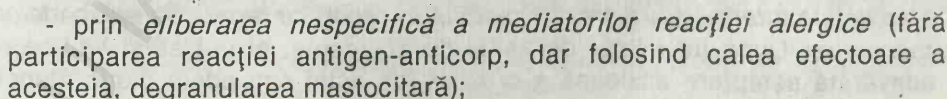
1. EDIFICAREA BOLII
- sist. imun
  - creşte sinteza IgE (↓ cel. T supres.)
  - scade rezistenţa la infecţii
- organul de şoc
  - tulburări vasomotorii + constrictive m. n.
  - reflexe necondiţionate (ex. hiperventilaţie)
  - reflexe condiţionate (ex. hipnoză)

MECANISM
- eliberează direct mediatorii R. Alergice
- eliberează direct mediatorii neuro-vegetativi
  - colinergici
  - adrenergici (U adrenergicăl)
  - neuropeptide (subst. P)
- eliberează indirect - hormonii de stres → ⑦

2. TRIGGER PSIHIC[xx]
- substituirea alergenului[x] (alternanţă)
  - inaparentă → PSIHOLOG
  - aparentă
    - exclusivă → PSIHOLOG
    - alternativă
- sumativ + alergeni / factori nespecifici
- reacţii pseudoalergice (cu izomorfism clinic)
  - Nacebo → MEDIC / PSIHOLOG
  - Fobice → PSIHOLOG

x Evaluare retrospectivă

xx De investigat
- evenimente stresante → MEDIC + + PSIHOLOG
- tip de personalitate → PSIHOLOG + + MEDIC



- prin *eliberarea nespecifică a mediatorilor reacţiei alergice* (fără participarea reacţiei antigen-anticorp, dar folosind calea efectoare a acesteia, degranularea mastocitară);
- prin *eliberarea unor mediatori efectori ai transmisiei neuro-vegetative* (*acetilcolina, substanţa P*) cu rol inductor al reacţiilor vasodilatatoare (hiperemie şi edem) şi musculoconstrictoare (spasme ale musculaturii netede).

- *prin intermediul hormonilor de stres* care sunt încă insuficient cunoscuţi. În cadrul variatei lor game (nereductibile doar la catecolamine şi cortizol) pot exista elemente capabile să joace un rol agravant în evoluţia sindroamelor cu etiologie parţial alergică, aşa cum sugerează observaţiile clinice evidenţiind relaţia de cauzalitate dintre unele crize de astm sau pusee de urticarie şi angioedem şi stresul psihic (Iamandescu 1991 şi 1996).

- *prin substanţe degranulante mastocitare secretate de celulele sistemului nervos.* Recent, Bonini deschide un nou capitol consacrat "aspectelor neurale" ale inflamaţiei alergice, cercetând rolul şi prezenţa *factorului de creştere al neuronului* ("nerve growth factor" = NGP) la bolnavii cu Kerato-conjunctivită vernală şi la cei cu astm bronşic. Referitor la relaţia dintre acest factor şi mastocit (descrisă pe larg de Marshall şi Wasserman), autorul indică două proprietăţi relevante, ca de ex. creşterea numărului şi dimensiunilor mastocitelor, precum şi inducerea de către NGF a degranulării mastocitare şi bazofilice. În plus, acelaşi autor a reuşit să surprindă atât în conjunctivita vernală (alergică), cât şi în astmul bronşic, niveluri crescute ale substanţei respective.

- *prin mecanism reflex condiţionat.*

Un element care intră şi în competenţa psihologului îl constituie reacţiile pseudoalergice (urticarie, astm şi angioedem) apărute printr-o veritabilă condiţionare reflexă faţă de situaţii anterioare de accidente reale. Astfel, în exemplul mai sus amintit al unei bolnave studiate de noi, alergică la Penicilină, cu antecedente de şoc anafilactic la acest medicament, ea a dezvoltat ulterior reacţii puternice neurovegetative, mimând şocul (dar fără o bază reală pentru mecanismul alergic), apărute la administrarea oricărui medicament şi având o severitate clinică mai redusă dar suficientă pentru a pune în alertă personalul medical şi, în primul rând, pe bolnava însăşi.

Sumaţia SP cu alergenii şi cu alţi agenţi etiologici nespecifici rămâne modalitatea cea mai frecventă de intervenţie a factorului psihogen în etiopatogenia bolilor alergice.

D. Reculul somatopsihic al bolilor alergice. Modificări secundare ale personalităţii bolnavilor alergici

Manifestările acute ale unor sindroame cu etiologie alergică îmbracă adesea o alură clinică dramatică cum se întâmplă în şocul anafilactic, în edemul glotic, în criza de astm şi chiar în sindroamele tip boala serului ori în puseele severe de urticarie. Chiar şi rinita alergică (mai ales forma obstructivă), crează un disconfort important, în special în cursul nopţii.

Apare deci normal ca bolnavii cu astfel de accidente alergice să dezvolte o *anxietate intensă şi progresiv crescută în raport cu repetarea episoadelor respective.* După un număr de astfel de accidente, ei pot să-şi edifice o adevărată aşteptare anxioasă a crizelor (de astm sau edem glotic atunci când alergenul nu a fost identificat) sau o *fobie cu o centrare precisă pe alergenul identificat* (ca în cazul alergiei medicamentoase sau la venin de insecte).

Toate aceste modificări în sfera afectivă a bolnavilor alergici (dominate de anxietate şi depresie) par să fie secundare instalării şi evoluţiei bolii iar cercetările noastre despre personalitatea bolnavilor astmatici (Iamandescu 1980 şi 1985) sau ale bolnavilor urticarieni (Iamandescu 1982, 1996) au evidenţiat o *vulnerabilitate la stres a acestor bolnavi preexistentă îmbolnăvirii şi agravată după apariţia acesteia*, ocupând o poziţie intermediară între cea maximă a bolnavilor nevrotici şi cea minimă a loturilor de subiecţi sănătoşi).

În domeniul studierii problemelor psihosomatice ale bolnavilor alergici, cele mai relevante aspecte le-am înregistrat la cei cu reacţii de tip alergic la medicamente.La aceştia am evidenţiat faptul că ei posedă, în cvasitotalitatea lor, o anxietate bazală foarte crescută, (Iamandescu, 1983) şi o serie de trăsături de personalitate-relevate de testul MMPI-care îi încadrează în procent de 86% în "triada nevrotică" a testului (Scala Hipocondria, Depresia şi Isteria) (Iamandescu, Popa-Velea şi Mazuru, 1996). Această încadrare justifică prezenţa unor *simptome nevrotice* la 84% dintre alergicii la medicamente, dintre care 42% erau în evidenţa psihiatrilor pentru afecţiuni nevrotice, ca şi o serie întreagă de tulburări psihosomatice coexistente. Aceste date pot fi interpretate ca exprimând rezultatul conjugat al unei vulnerabilităţi constituţionale faţă de stres şi al unei "încărcături stresante" concretizată prin frecvenţa crescută la 82% dintre bolnavii studiaţi a unor punctaje de peste 300 la Scala Holmes şi Rahe, referitoare la evenimente cu caracter de schimbare, din ultimele 6 luni.

Bibliografie

1. *Bienenstock J. - Psychoneuroallergology - a reality - Conversations in allergy (IV) - pp.15-18, UCB - Institute Allergy, Brain l'Alleud, 1995.I*
2. *Bonini Se., Bonini St., Lambiase A. et al-Immune, endocrine and neural aspects of allergic inflammation-475-481, vol.XVI-European Congres of Allergie. Clin. Immunol. Monduzzi, Bologna, 1996.*
3. *Bury Th. and Rademecker M. - "Histamine: from Neuron-Mast Cell to allergy", Brain l'Alleud, The UCB Institute, Bruxelles, 1990*
4. *Foreman J.F. - "Neuropeptides and the Pathogenesis of Allergy", Allergy, 212, 1-11, 1987.*
5. *Iamandescu I.B. - "L'insertion des stimuli psychiques dans les mechanismes etiopathogeniques de l'asthme bronchiques avec trigger psychogene. Considerations sur certaines etudes personelles (epidemiologique et psychologique)", Rev. Roum.Psychol., 1990, 27, 2, pag.121-135.*
6. *Iamandescu I.B. - Principles of psychosomatic approach in allergic patients - Rev. Roum.Psychol - 1993, 37, 79-89.*
7. *Khansari D.N., Murgo A.E., Eath R.E. - "Effects of stress on the imune system". Immunology Today, 1990, vol.II, 5, 170-175.*
8. *Nsouli T.M., Nsouli S.M. and Bellanti J.A. - "Neuroimmunologic inflammation: new pathogenic concepts and feature perspectives of immediate and late allergic reactions", Part I and II, 60, 683-697, 1988.*
9. *Marshall J.S., Wasserman S. - Mast cells and nerves-Clin.Exp.Allergy, 1995, 25, 102-110.*
10. *Mossimann B. - Les neuropeptides: une nouvelle approche de la pathogenese de l'asthe - Med. et. Hyg., 1991, 49, 2148-2152.*
11. *Widdicombe J.G. - "Non adrenergic cholinergic system and neuropeptides in lung". Lung and Respiration, Frankfurt IV, 2, 2-10, 1987.*

***

4. Modalităţi de abordare psihosomatică a bolnavilor alergici

A. Problematica abordării psihosomatice a bolnavilor alergici

Investigarea oricărui bolnav alergic trebuie să aibă în vedere pe lângă urmărirea factorului etiologic principal (alergenul), o serie de *factori declanşatori, aşa-numiţii triggeri*, între care stresul psihic ocupă un loc important (vezi figura 1).

Figura 2 Model situaţional privind premisele abordării phihologice a bolnavilor alergici (după Iamandescu 1998)

Stimuli psihici primari

Alergeni (agenţi declanşanţi specifici)

Diverşi triggeri

Mecanism alergic

Tip de personalitate vulnerabil la stres

Vulnerabilitate la stres secundară

Mecanism nealergic

stres cronic depresiune anxietate

Aşteptare anxioasă a crizelor

Med. vasoactivi + constrictori m.n.

Med. neuro-veget. (Ach., catechol., Neuropeptide)

Conduite profilactice

Medicale | Comportamentale

CRIZĂ, PUSEU, RECURENŢE→CRON.

Remisiune

Ameliorare (incompletă, pasageră)

Eşec

1. Principii generale de abordare psihosomatică a bolnavilor alergici

Contextul plurietiologic al bolilor alergice - ca de altfel în toate bolile psihosomatice - presupune posibilitatea declanşării simptomelor patologice, nu numai de către factorul etiologic principal, alergenul, ci şi de către o serie de triggeri nespecifici în rândul cărora factorul psihic joacă un rol important (Figura 2).

Abordarea psihologică a bolnavului alergic în cadrul relaţiei interpersonale dintre medic şi pacient constituie una dintre laturile implicite a acestei relaţii, având o pondere variabilă (uneori decisivă) în atingerea obiectivului final, vizând recăpătarea (sau cel puţin ameliorarea) stării de sănătate a bolnavului.

În plan afectiv, această abordare se concretizează prin *stabilirea unei relaţii empatice* - cu grad variabil de participare a fiecăruia din cei doi membri ai relaţiei - iar în plan cognitiv ea oferă posibilitatea unui schimb de informaţii, aproape exclusiv din partea pacientului, legate de problema în cauză: suferinţa (reală sau imaginară) a bolnavului.

Modul de culegere a acestor informaţii de către medic este şi el implicat în relaţia afectivă menţionată, existând diferenţe mari între: stilul tehnicist, cu limitarea expunerii bolnavului la date legate strict de mersul bolii, şi modelul psihanalitic, axat pe lăsarea libertăţii de exprimare a bolnavului a tot ce el simte nevoia să comunice medicului.

Desigur că acest din urmă model este capabil să îmbogăţească relaţia în plan afectiv dintre medic şi pacient chiar dacă ea "bruiază" adeseori informaţia utilă în plan medical.

Abordarea psihosomatică, izvorâtă din necesitatea evidentă *de a se ţine cont de relaţia de interdependenţă dintre psihic şi soma*, a fost concepută între alţii de către Kourilsky, şi ea urmează o linie fermă, însă discret conturată.

Astfel, se urmăreşte pe cât posibil fără a "limita" libera exprimare a bolnavului, relaţionarea unor momente evolutive ale bolii (inclusiv debutul) de evenimente ("life changes" în terminologia scalelor stabilite de Holmes şi Rahe) cu conţinut psihotraumatizant din viaţa bolnavului. Inevitabil, această modalitate implică o cunoaştere a biografiei bolnavului dar şi tipului său de personalitate ceea ce permite o apropiere între medic şi pacient (cu grijă pentru discreţie şi răbdare din partea primului). O astfel de abordare generală a bolnavilor psihosomatici, indiferent de natura bolilor este redată în *tabelul 1* de la Capitolul 7 din Psihosomatica generală.

În cazul în care momentele de debut sau recidivă ori agravare (+/- complicaţii) ale bolii coincid cu stresuri psihice majore ori pur şi simplu sugerează o declanşare reflex-condiţionată, suntem obligaţi să formulăm cel puţin *ipoteza unei relaţii de cauzalitate* şi să considerăm posibilitatea unor tulburări psihosomatice.

Aşa cum am arătat şi într-o altă lucrare ("Stresul psihic şi bolile interne". Ed. All, Buc., 1993), există în fiecare boală o serie de *simptome clinice care au valoare de marker* pentru boala respectivă şi care pot fi corelate cu situaţiile de stres psihic (în planul cercetării ar mai putea fi utilizaţi şi o serie de parametri de laborator: EEG, explorare pletismografică respiratorie, nivelul unor constante serice etc.). În bolile alergice ele sunt reprezentate de dispneea (sau tusea) însoţită de wheezing, de apariţia pruritului sau a unor erupţii cu caracter urticarian ori a unor angioedeme etc.

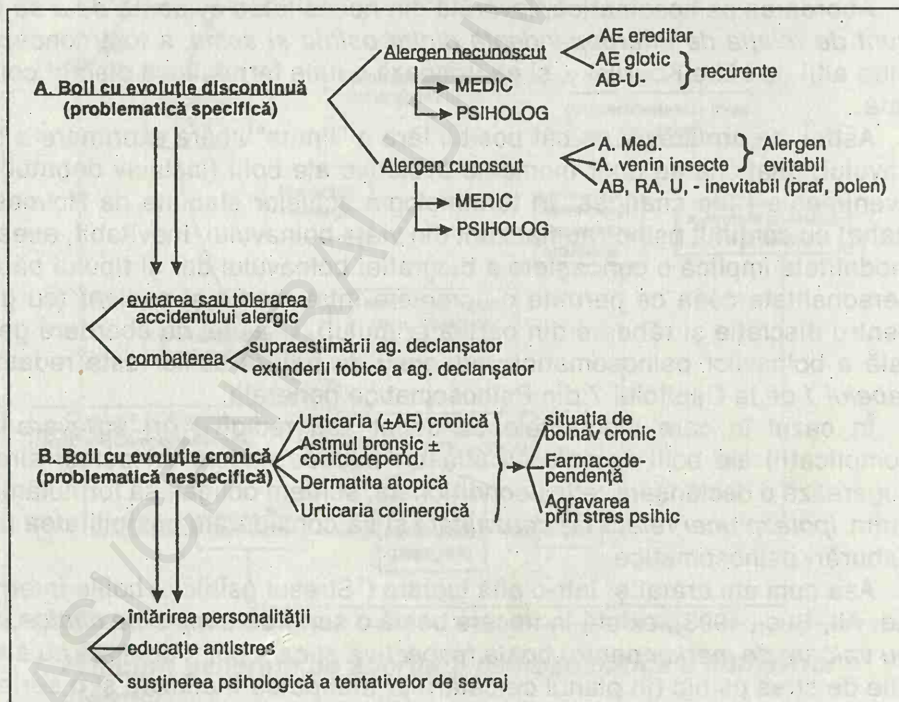
Din acest motiv, ca şi din cele prezentate în lucrări anterioare (Iamandescu 1996, 1998) referitor la modalităţile de intricare a factorilor

psihici cu factorul alergic şi alţi factori nespecifici în etiopatogenia bolilor alergice - considerăm că **modul de abordare psihosomatică a bolnavilor alergici suferă unele nuanţări** (vezi figura 2) diferind adesea în mod consistent faţă de modelul general prezentat anterior, ca şi faţă de cele utilizate la alţi bolnavi (fie psihosomatici, fie cu boli incidentale, cu participare minimă sau nulă a stimulilor psihici).

Deşi modelul psihosomatic a fost utilizat de Kourilsky şi alţi autori (Freour, de ex.) tocmai la studierea bolnavilor astmatici, faptul că s-au acumulat o serie de date noi în această boală dar mai ales existenţa altor boli alergice asociate sau nu cu astmul bronşic şi, în sfârşit, interferenţele (uneori generatoare de confuzii) cu alţi factori etiologici nealergici fac necesară elaborarea unei strategii mai complexe în această privinţă.

Din acest motiv considerăm că trebuie avute în vedere intervenţia factorilor psihogeni în două tipuri evolutive ale bolilor alergice: cu evoluţia discontinuă (în pusee recidivante) şi cu evoluţie cronică.

Figura 3. Problematica abordării psihologice în bolile alergice



2. Abordarea psihosomatică în bolile alergice cu evoluţie discontinuă (pusee acute recidivante)

Este importantă severitatea şi frecvenţa puseelor în *stabilirea gradului de preocupare faţă de boală al pacientului.*

Cel mai redutabil reprezentant al acestei clase este angioedemul ereditar, aproape imprevizibil ca declanşare şi foarte greu de tratat, uneori chiar mortal şi îngrozind pacientul prin exemplul rudelor sale decedate prin edem glotic. De asemenea, *accidentele acute alergice* (sau de tip alergic, anafilactoid) - cu manifestări de edem glotic sau şoc anafilactic - la medicamente, înţepături de insecte, alimente sau aditivi alimentari - sau crizele severe de astm sunt şi ele redutabile generând o aşteptare anxioasă a recidivelor.

Mai sunt desigur anxiogene - şi, "prin epuizare", putând genera o veritabilă stare depresivă - acele pusee de *urticarie şi angiodem sau crize de astm* ori *chiar şocuri anafilactice*, a căror etiologie (posibil alergică) încă nu a fost stabilită şi ***bolnavul nu ştie de ce anume trebuie să se ferească***. Este generată o veritabilă stare de panică proporţională cu scurtimea intervalului dintre pusee.

Adesea apar doar schiţate, alteori cu caracter patent - manifestări ale sindroamelor astmatice, urticariene, de "iminenţă de şoc anafilactic" (Seropian), prin mecanism reflex condiţionat, cum se întâmplă cu *reacţiile neuro-vegetative pregnant exprimate* (tahicardie, ameţeli, stări lipotimice, parestezii) declanşate de administrarea "oricărui" medicament (Iamandescu 1995), apariţia strănuturilor şi pruritului oculo-nazal sau a crizelor de astm la bolnavii cu alergie respiratorie, induse de vederea unor imagini la TV (expoziţie de pisici - bătaie cu perne de fulgi - 7,22) etc.

3. Abordarea psihosomatică în bolile alergice cu evoluţie cronică

Cel mai frecvent întâlnite sunt astmul bronşic, rinita alergică, urticaria cronică (numai unele forme sunt alergice) şi dermatita atopică. În aceste boli cronicizarea este determinată de ***posibilitatea ignorării unei etiologii alergice***, ***imposibilitatea evicţiunii totale a alergenului cauzal*** şi - cel mai adesea - de ***asocierea unor factori nespecifici***: infecţioşi, iritativi, meteorologici, endocrini şi, nu în ultimul rând psihici.

Există forme clinico-etiologice în care comanda (trigger-ul)psihogenă a evoluţiei bolii devine dominantă, ca de exemplu în unele cazuri de urticarie cronică alergică la debut, apoi intricată cu alţi triggeri: digestiv, infecţios, medicamentos şi mai ales psihogen sau multe cazuri de astm bronşic ale cărui principale componente etiologice (alergică, infecţioasă supraadăugată) au fost corect tratate, dar ale căror manifestări apar zilnic, necesitând tratament simptomatic, adesea nerăspunzând nici la corticoterapie.

Intervenţia factorului psihogen în etiopatogeneza manifestărilor clinice ale acestor bolnavi poate fi: continuă (predominant prin mecanism reflex condiţionat, însăşi teama obsesivă, "aşteptarea anxioasă", fiind capabile să declanşeze reapariţia simptomelor) sau discontinuă (producând exacerbări ale bolii, cum se întâmplă în cazul unor stresuri psihice evidente.

Considerăm ca elemente capabile să sugereze o dominantă etiologică psihogenă a unor manifestări de urticarie şi astm cu evoluţie cronică (după excluderea unor perturbări imunologice sau a altor triggeri nespecifici), următoarele (vezi şi tabelul 2):

Tabel 2. Criterii de stabilire a intervenţiei trigger-ului psihogen în bolile alergice (după Iamandescu 1996, 1998)

1. dovada unor declanşări prin stress psihic, cel puţin, a câtorva pusee;
2. reversibilitatea promptă la medicaţia simptomatică (antihistaminice, bronhodilatatoare) şi - mai puţin sau deloc - la corticoterapie;
3. existenţa unor circumstanţe stresante evidente în viaţa bolnavului preexistente şi coexistente apariţiei bolii (chiar dacă bolnavul le ignoră !);
4. structura intens vulnerabilă la stres a bolnavului respectiv sau eventuala asociere a unei nevroze;
5. proba terapeutică concludentă la: psihoterapie, psihotrope sau la unele medicamente (Hidroxizin sau Claritine pentru urticarie şi Cromoglicat pentru AB).

Referitor la problemele noi, în afara declanşării psihogene a manifestărilor clinice şi de "fixarea" - prin variate reflexe condiţionate - a repetării acestora, *în bolile alergice cu tulburări cronice, sunt demne de menţionat alte două elemente cu implicaţii de ordin psihosomatic* dar şi somatopsihic (14):

- *situaţia de bolnav cronic* pentru pacienţii cu urticarie şi astm cu evoluţie prelungită, cu modificările de statut şi de rol implicite;
- *farmacodependenţa* în grade variate, fie faţă de o medicaţie simptomatică (bronhodilatatoare în aerosoli, antihistaminice etc.), fie faţă de corticoterapie (aceasta din urmă grevată de complicaţii, uneori mai grave decât însăşi tulburările pentru tratarea cărora ea a fost instituită).

Ambele circumstanţe pot genera o anxietate suplimentară şi ancorează frecvent în veritabile stări depresive.

În plus, tentativele de sevraj cortizonic se acompaniază de simptomatologie psihică dominată de astenie, agitaţie psihomotorie, depresie, uneori mergând până la impulsuri suicidale.

B. Algoritm de abordare psihosomatică a bolnavilor alergici

Într-o lucrare anterioară (Iamandescu 1993) am considerat ca necesar pentru abordarea psihosomatică a bolnavilor alergici, următoarele întrebări (variabile şi pentru evaluarea unor parametri clinico-evolutivi şi situaţionali cu implicaţii psihosomatice):

1. Evoluţia bolii este continuă sau discontinuă ?

2. Alergenul este identificat sau nu ?

Este evident faptul că necunoaşterea cauzelor unor simptome - ce pot fi atât de dramatice (precum şocul anafilactic, astmul sau edemul glotic) sau, cel puţin, supărătoare şi *afectând calitatea vieţii* (rinita alergică, urticaria şi/sau angioedemul, dermatita atopică) - dezvoltă la pacienţii respectivi o *stare de anxietate* ce poate deveni extremă în cazul în care bolnavul cunoaşte cazuri similare cu un deznodământ fatal.

3. Există o evidenţă a declanşării de către stresul psihic a unor manifestări clinice identice sau similare cu cele declanşate de către alergeni ?

Un răspuns favorabil necesită *considerarea unei etiologii - suplimentare față de cea alergică* - a sindromului clinic, ceea ce implică o abordare psihosomatică atentă a bolnavului, centrată pe tipul de personalitate al acestuia dar și pe problemele sale de viață facilitând sau generând frecvente stresuri psihice. O dată obținut acest răspuns alergologul poate să-și pună întrebarea dacă va trebui, sau nu, să apeleze la psiholog ?

4. Se poate evidenția un anume tip de situații stresante (cu semnificație electivă pentru bolnav) capabile să declanșeze manifestările clinice "alergice" sau orice tip de stres major (ca intensitate) declanșează nespecific simptomele respective ?

Această diferențiere, având drept beneficiu terapeutic orientarea pacientului spre evitarea unor agenți stresori cunoscuți sau previzibili, se poate edifica, atât pe chestionarea bolnavului asupra unor "schimbări de viață" - evenimente cu potențial psihotraumatizant general, conform scalelor inițiate de Holmes și Rahe - cât și pe cunoașterea biografiei pacientului.

Este posibil, așa cum am putut evidenția în lucrările noastre din 1980 și 1984, ca stresul psihic să fi contribuit la debutul clinic al bolii la acei bolnavi alergici la care simptomele s-au instalat după o perioadă în care au suferit stresuri majore (punctaj crescut pe scala Holmes și Rahe).

5. Există o farmacodependență a pacientului (în primul rând, față de cortizonice dar și față de beta-2 adrenergice sau chiar antihistaminice) ?

În cazul unui răspuns pozitiv, unele *probleme psihologice suplimentare sunt generate de sevrajul medicamentului* respectiv, atingând, în cazul cortizonicelor severitatea unor tulburări psihice (anxietate, depresie) ce pot merge până la paroxisme de tip psihotic (confuzii halucinatorii sau tentative de suicid). O altă problemă este *aceea a înlocuirii medicamentului "indispensabil" cu un altul "inofensiv" dar dotat cu proprietăți active* față de substratul inflamator nespecific al sindromului respectiv (cel mai frecvent este vorba de astmul corticodependent).

6. Ce tip de personalitate are pacientul alergic investigat și care sunt zonele de vulnerabilitate la impactul agenților stresori ?

După cum s-a menționat anterior, noi am evidențiat la majoritatea bolnavilor astmatici și urticarieni o *vulnerabilitate la stres intermediară între subiecții sănătoși și bolnavii cu simptome nevrotice* iar la cei cu alergie medicamentoasă (Iamandescu 1996, Mazuru, Iamandescu și colab. 1997) ea este foarte apropiată de cea a bolnavilor neurotici.

De fapt, *există o "subpopulație nevrotică"* și în cazul bolnavilor urticarieni și astmatici, la aceștia din urmă corticodependenții fiind de regulă bolnavi cu simptome nevrotice patente.

Abordarea bolnavului în funcție de tipul de personalitate ca și al vulnerabilității lor față de stresul psihic poate avea câteva consecințe benefice:

- optimizarea desfășurării relației medic-pacient în plan psihologic, inclusiv favorizarea unui proces psihoterapeutic suportiv eficient;

- instruirea concretă a bolnavului asupra unor modalităţi de a evita anumite situaţii cu semnificaţie electivă stresantă pentru el.
- considerarea eventualităţii unui consult psihologic sau chiar psihiatric.

Bibliografie

1. *Ashutosh K, Haldipur C and Boudur M - Clinical and personality profiles and survival in patients with COPD. Chest, 1997, 111, 95-98.*
2. *Dunbar Flanders, Synopsis of psychosomatic medicine, Mosby, St.Louis, 1948.*
3. *Haida et al Haida M, Nomura Y, Ito K, Makino S, Miyamoto T - Psychological profiles of patients with bronchial asthma (II). Analysis according to the modes of attack in severe asthmatics and in those with fatal asthma. Arerugi Japan. Journal of Allergology 1995 Mar., 44, 143-159.*
4. *Holmes TH, Rahe RH - The social readjunstement rating scale - J Psychosom, Res. 1967, 11, 213-218.*
5. *Iamandescu IB. Corelaţii psihosomatice în astmul bronşic. Teză de doctorat, IMF Bucureşti, 1980.*
6. *Iamandescu IB. Contribuţii la studiul particularităţilor de teren psihic şi somatic la bolnavii cu astm bronşic cu trigger psihogen - Bul. Acad. St.Med. (1989), 1-4, 58.*
7. *Iamandescu IB - L'asthme bronchique avec trigger psychogene. Incidence et particularites du terain - Rev. Roum. Physiol. 1990, 27, 2, 121-135.*
8. *Iamandescu IB - Contribution to the study of the etiopathogenic and back ground peculiarities in patients with corticodependent bronchial asthma. Note I. Concepts of corticodependence and pseudocorticodependence. Rev. Roum.Med. Int. 1991, 29, p. 39-47.*
9. *Iamandescu IB. Principles of psychosomatic approach in allergic patients - Rev. Roum. Psychol - 1993, 37, 79-89 Psychother, Psychosom. med. Psychol. 1996, 46, 423-429.*
10. *Iamandescu IB - Mecànisme psihoendocrine implicate în astmul bronşic cu trigger psihogen pe baza unor studii asupra asmaticilor corticodependenţi. Cong. I Naţional de Psihoneuroendocrinologie, Bucureşti, Academia Română, 27-28 sept. 1996.*
11. *Klumbies G, Psychotherapie und Allgemeine Medizin, Hirsel Verlag, Leipzig, 1980.*
12. *Kourilsky R - Les mechanismes psychologiques dans l'asthme. Bordeaux medical, 1969, 1120-1126.*
13. *Richter R, Dahme B - High risk asthmatics: psychological aspects, pp. 198, B. Wuthrich - Highlights in Allergy and Clinical Immunology, Hografe und Huber, Bern 1992.*
14. *Schultz JH. Le training autogene PUF, Paris, 1960.*
15. *Seropian E. (red.). Terapia antialergică nespecifică, Ed.Medicală Bucureşti, 1980.*
16. *Seropian E, Iamandescu IB. False reacţii alergice la medicamente induse de experienţa psihotraumatizantă a unor şocuri anafilactice la Penicilină, Viaţa Medicală, 9, 41, (1980).*
17. *Zeană C. - Imunologie clinică. Ed.Medicală, Bucureşti, 1983.*

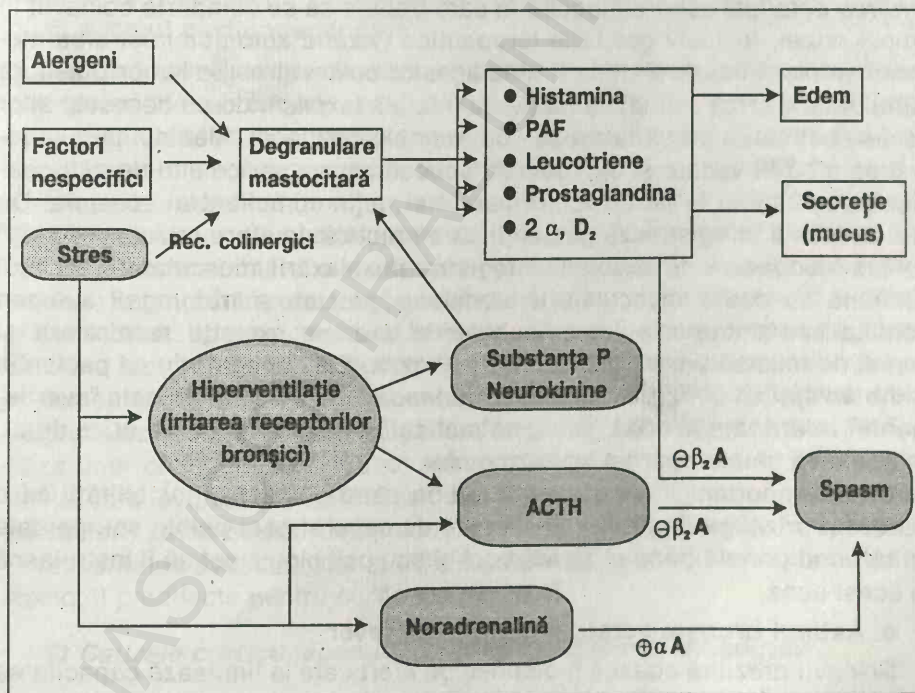
***

II. Modalităţi de abordare psihosomatică specifică în câteva boli alergice cu largă răspândire (astm bronşic, dermatită atopică, alergia medicamentoasă)*

A. Astmul bronşic alergic

Referitor la această boală eminamente psihosomatică, considerăm utilă prezentarea succintă a unor principii generale de abordare psihosomatică a astmaticilor, în funcţie de forma clinico-evolutivă a bolii, urmate de analiza indicilor de calitate a vieţii bolnavului astmatic şi, în final, evaluarea principalelor forme de psihoterapie utilizate în cadrul programului terapeutic complex al astmaticilor (completând programul monitorizării astmaticului, program ce include şi el o serie de elemente de ordin psihologic). Toate aceste elemente de ordin psihologic trebuie apreciate în raport cu patogenia astmului bronşic (*Figura 4*).

Figura 4. Patogenia astmului bronşic



O tratare mai pe larg a problematicii psihosomatice a acestei boli alergice (incluzând, în plus, rinita alergică şi sindromul urticarian) este realizată în recenta monografie „Psychoneuroallergology" a autorului.

1. Principii de abordare psihologică a bolnavilor astmatici

a. Probleme generale ale abordării psihologice a bolnavului astmatic

Abordarea psihosomatică a bolnavilor astmatici trebuie să ţină cont de forma clinică şi modalităţile evolutive ale bolii, reflectate - pe plan psihologic - în calitatea vieţii acestor bolnavi, ca şi în nivelul lor de complianţă terapeutică. Acest din urmă aspect capătă noi valenţe în condiţiile actuale în care astmaticul este privit ca un adevărat partener al medicului în acţiunea comună (adesea atrăgând chiar o întragă echipă terapeutică)de vindecare clinică a astmului.

b. Astmul bronşic intermitent şi forma uşoară persistentă - fără dispnee de efort între accese

Bolnavii cu aceste forme de astm paroxistic intermitent cunosc adesea cu precizie condiţiile de apariţie a crizelor şi reuşesc în mod frecvent să le evite. Accentul psihoterapiei suportive exercitate de către medicul care tratează astmul (medic de familie sau alergolog) trebuie pus nu numai pe *încurajarea referitoare la existenţa posibilităţii prevenirii acestor crize, ci şi pe caracterul lor trecător* - în cazul în care totuşi se produc - şi mai ales pe *instruirea detaliată* asupra modului în care trebuie să se comporte bolnavul în timpul crizei, inclusiv gesturile terapeutice (vizând auto-administrarea medicamentelor necesare). Majoritatea acestor bolnavi trebuie lămuriţi asupra faptului că o criză astmatică nu poate fi letală (explicându-se decesele altor bolnavi astmatici prin alte cauze - de exemplu cardiace). Medicul trebuie totuşi să aibă în vedere şi o eventuală subestimare a pericolului de către pacient, conducând la un comportament mai puţin compliant al acestuia. Un real succes îl înregistrează pacienţii care practică, în afara crizelor, exerciţii de bio-feedback - de exemplu înregistrarea relaxării musculaturii faciale, sincronă cu cea a musculaturii bronşice - precum şi training-ul autogen Schultz sau antrenamentul psihosomatic axat pe exerciţii respiratorii şi însoţit de muzică preconizat de Luban Plozza. Este obligatoriu ca pacientul să fie *învăţat să utilizeze medicaţia bronhodilatatoare* de la primele "avertismente" referitoare la criză ("aura astmatică") sau în cursul unor crize de tuse spastică sau la apariţia wheezing-ului.

Un rol important îl are şi evaluarea de către pacient a posibilităţii ca o parte din crizele sale să fie declanşate de către stresul psihic sau pe cale reflex condiţionată (tabelul 1). Medicul şi/sau psihologul pot să îl instruiască în acest sens.

c. Astmul bronşic persistent moderat/sever

Bolnavii prezintă adesea o dispnee de efort care le limitează capacitatea fizică şi de efort, dar constituie şi un factor de favorizare a trigger-ilor astmogeni nespecifici (mirosuri, expunere la frig sau la "curent", etc). Atât medicul cât şi psihologul trebuie să aibă în vedere următoarele probleme:

- să abordeze astmaticul *la fel ca şi pe oricare alt bolnav cronic* (deci cu perspectivă de evoluţie prelungită în timp a bolii);

- să convingă pe bolnav asupra *riscului major pe care l-ar avea oprirea bruscă a corticoterapiei*, din exces de zel (atenţionare obligatorie pentru astmaticii corticodependenţi);
- *să identifice trigger-ii psihologici* ai crizelor de astm;
- să studieze posibilele condiţii cu atribute de *agenţi stresori* capabile să confere uneori o rezistenţă paradoxală la agenţii terapeutici uzuali;
- să utilizeze, *între crize, proceduri psihoterapeutice* (Schultz, bio-feed-back, muzicoterapie) pasibile de a fi însuşite de către pacienţii spitalizaţi (sau grupe de bolnavi ambulatori) şi aplicate ulterior de către aceştia la domiciliu, în perioada de acalmie a astmului (iar în cursul crizelor, acele exerciţii respiratorii cu accent pe expir);
- *abordarea optimistă a bolii* , promiţându-i-se bolnavului o vindecare clinică (absenţa cizelor), chiar dacă nu totală (persistenţa inflamaţiei imunologice, capabilă să menţină trează atenţia bolnavului faţă de trigger-ii astmului).

În acele cazuri (de exemplu astm vechi complicat cu BPOC) în care absenţa crizelor este contrabalansată de dispneea de efort ireversibilă, bolnavul trebuie îndrumat către obţinerea unui grad sporit de toleranţă la efort, ca obiectiv major după reuşita retrocedării crizelor.

d. Astmul corticodependent

Această formă severă de astm grupează acele cazuri în care corticoterapia devine atât un remediu contra crizelor de astm, cât şi pentru păstrarea capacităţii de efort a bolnavilor respectivi necesară unei vieţi profesionale şi familiale normale. Între astmaticii corticodependenţi ajung atât *bolnavii cu forme severe ale bolii* (justificare obiectivă, de forţă majoră) cât, mai ales, acei *bolnavi care abuzează nepermis* (*ori la indicaţia, facilă* şi lipsită adesea de responsabilitate, a medicului anxios sau dornic de succese spectaculare). Balanţa între efectele favorabile certe ale medicamentului şi efectele secundare , adesea depăşind beneficiul terapeutic, este acţionată adesea de către factori subiectivi, ţinând de medic sau de bolnav, cu toate că noile reglementări cuprinse în Consensus Asthma Report şi apoi GINA ar trebui să prevaleze asupra oricăror iniţiative "originale". Analizând în anul 1995, pe baza unor chestionare şi a unor teste psihologice, cauzele de ordin psihosocial care favorizează instalarea corticodependenţei, am ajuns la concluzia că factorii psiho-sociali dependenţi de bolnav au fost legaţi în special de personalitatea acestora, dar şi de circumstanţe, existând astfel următoarele tipologii predilecte pentru corticodependenţă :

❑ ***Cauzele corticodependenţei (CD) dependente de bolnav***

CD apare mai frecvent la anumiţi bolnavi pe care - în urma observaţiei clinice şi a aplicării unor teste psihologice (Iamandescu - 1995) le putem sistematiza astfel:
- *bolnavii anxioşi*, speriaţi de gravitatea crizelor anterioare şi aşteptând obsesiv repetarea acestora;

- *bolnavii timizi*, neîncrezători în alte medicamente (mai slabe, desigur, decât cortizonicele) şi neavând curajul de a reveni la medic după insuccesul sevrajului;

- *bolnavii dependenţi de anturaj*, incusiv de medic, în momentele în care nu reuşesc să efectueze sevrajul cortizonic reiau singuri corticoterapia din jena de a nu fi, din nou, o povară pentru cei din jur, ştiind că vor putea fi „iertaţi" de medic;

- structurile de *personalitate rigide*, impenetrabile la argumentaţia medicului referitoare la riscurile corticoterapiei şi convinse de superioritatea acestei medicaţii;

- *bolnavii "descurcăreţi"*, cu un Ego puternic, ancoraţi în sarcini profesionale ce nu le permit momente de "cădere" (crizele de astm) şi care îşi asumă riscurile efectelor secundare conform dictonului "după mine potopul", sperând ca, pe parcurs, să apară alte şanse terapeutice;

- *bolnavii lipsiţi de voinţă* (deci, la polul opus celor de mai sus) care acceptă riscurile aceloraşi efecte secundare conform aceleiaşi formule "de amânare" dar - din nou diferit de ceilalţi - cu resemnare.

De regulă, bolnavii cu CD "comit" singuri greşeala reluării corticoterapiei (CT), iar "tehnicile" lor de dozaj sunt, fie o repetare a celor prescrise de către medic în etapele anterioare ale bolii, fie copierea (+ adaptări personale) celor utilizate de către alţi bolnavi.

Teama şi/sau jena de a reveni ulterior la medicul lor curant (sau la specialistul care îi tratează) îi fac să persiste pe acest drum al automedicaţiei, ori să meargă la alt medic.

De altfel, testele psihologice utilizate de noi la aceşti bolnavi (MMPI şi Rorschach) evidenţiază ca trăsături de personalitate: *hiperemotivitatea, anxietatea* şi - ceea ce considerăm ca element secundar bolii - *depresia* (Iamandescu - 1994 b).

Cercetări personale mai recente evidenţiază depresia ca fiind prezentă la 86% dintre astmaticii corticodependenţi şi corelată cu declanşarea psihogenă (suplimentară) a crizelor la 84% dintre aceşti bolnavi corticodependenţi (Iamandescu 1996).

❑ *Cauzele CD dependente de medic*

Din analiza bolnavilor corticodependenţi îndrumaţi la consult alergologic, după apariţia corticodependenţei, am putut distinge două principale categorii de medici care contribuie la instalarea CD:

- *Amatorii de succes medical, de rezultate spectaculare*, fără o preocupare pentru viitorul îndepărtat al bolnavului care continuă să administreze CT până la apariţia unor complicaţii ce o fac impracticabilă, recurgând atunci - pentru acoperire - la medicul specialist (alergolog, reumatolog, etc);

- *Anxioşii*, aceştia fiind de regulă specialiştii dotaţi cu bună intenţie şi o bună pregătire profesională care, la primele simptome de recidivă a bolii, recurg cu uşurinţă din nou la CT, inducând aceeaşi stare de alertă şi pacientului; ulterior, chiar dacă prescriu medicaţii cu rol de suplinire a CT, nu au suficientă răbdare să aştepte instalarea efectului terapeutic.

Momentul realizării cu succes a sevrajului cortizonic este foarte dificil pentru psihicul bolnavului, apărând cu regularitate o triadă: astenie, anxietate, depresie (Iamandescu - 1993) datorată dispariţiei efectelor "stimulante" ale CT anterioare asupra cortexului cerebral şi aceste simptome de "carenţă cortizonică" reclamă îngrijiri speciale, adesea chiar apelul la medicul psihiatru.

❑ ***Modalităţi psihologice de diminuare sau înlăturare a corticodependenţei***

Deşi se intrică în mod inerent cu măsurile de ordin medical, aceste modalităţi pot fi diferenţiate astfel (Iamandescu - 1993):

- asigurarea pacientului că înlocuirea CT va fi făcută *"dându-i-se ceva în schimb"*, adică o medicaţie capabilă să preia acţiunea favorabilă a cortizonului, în acelaşi timp insistându-se asupra nocivităţii pe termen lung a CT;
- recurgerea la o *schemă de tratament* cu înlocuirea treptată a CT;
- *monitorizarea* principalelor funcţii afectate de boală (de exemplu înregistrarea valorilor respiratorii în spital şi la domiciliu de către astmatic, cu ajutorul unor aparate portabile uşor de manevrat). Această monitorizare asigură pacientul asupra posibilităţii anticipării unor momente de recidivă (putând recurge, în timp, la ajutorul medicului, sau fiindu-i permisă de către acesta ajustarea dozelor de medicamente);
- *identificarea surselor de stres şi a punctelor slabe, de vulnerabilitate la stres*, în structura personalităţii bolnavului (cooperarea cu psihologul este extrem de utilă!), fiind cunoscut rolul agravant, generator de recidive, al stresului psihic;
- aplicarea unor metode de relaxare psihică, incluzând - în primul rând - training-ul autogen Schultz (în special exerciţiile centrate pe respiraţie) dar şi bio-feedback sau muzicoterapia (Iamandescu - 1994 c), acolo unde există condiţii;
- colaborarea cu psihiatrul mai ales în momentul apariţiei sindromului de sevraj.

2. Calitatea vieţii bolnavului astmatic

Unul dintre avantajele pe care le prezintă medicina allopată în raport cu tot mai ofensiva medicină alternativă este acela al asigurării unei bune calităţi a vieţii omului bolnav. Deşi armă de bază a medicinei allopate, medicamentul este responsabil de multe dintre efectele secundare ce grevează calitatea vieţii bolnavului. Din acest motiv, industria de medicamente, racordată tot mai mult la exigenţele clinice, reuşeşte an de an să producă preparate care afectează tot mai puţin indicii de calitate a vieţii (QOL), astfel încât centrul de greutate al unor cercetări psihologice vizând această latură cu implicaţii bio-psiho-sociale a actului medical se mută în **zona percepţiei disconfortului generat de simptomele bolii dar şi de restricţiile la care este supus pacientul** (uneori în mod excesiv şi nejustificat).

Există un mod aparte, propriu fiecăruia dintre noi, de a surptinde semnele bolii, de a le interpreta şi de a reacţiona specific la aceste interpretări proprii.

Atitudinea faţă de boală, modul în care aceasta este acceptată sau nu (intrarea în rolul de bolnav), relaţia medic-pacient cât şi stilul de viaţă al bolnavului au rol deosebit de important în adaptarea la noua situaţie de bolnav şi depăşirea acestui impas existenţial.

Astfel, *stilul de viaţă al bolnavului cronic* suferă numeroase modificări legate de disconfortul somatic şi psihic cauzat de boala în sine, de noile exigenţe (restricţii) la care este supus (dieta, suprimarea unor activităţi, renunţarea la anumite responsabilităţi, pierderea unei anumite autorităţi, etc) ca şi de efectele secundare ale medicaţiei administrate.

În cazul bolnavului astmatic, calitatea vieţii este determinată de realitatea unor *handicapuri proprii bolii legate de dificultatea realizării măsurilor de profilaxie* (vezi educaţia bolnavului) şi de tratament (efectele secundare ale medicaţiei).

Toleranţa bolnavului faţă de toate aceste modificări depinde şi de puterea de convingere a medicului (scăzută în cazul medicilor pregătiţi dar fără calităţi pedagogice, empatice şi disponibilitate de a stabili un contact autentic cu bolnavul).

Evaluarea calităţii vieţii bolnavului astmatic se bazează pe măsurarea unor *indicatori ai sănătăţii* (*fizici, de inserţie socială, percepţia sănătăţii, energie/fatigabilitate, prezenţa durerii*, etc) şi a unor probleme variate dar specifice astmului.

În esenţă, evaluarea calităţii vieţii bolnavului astmatic tinde să reducă subiectivitatea aprecierilor bolnavului.

În ultimul deceniu o serie de autori au încercat să evalueze calitatea vieţii la bolnavul astmatic. Printre aceştia, Bousquet şi colab. au avut meritul de a aplica în 1992 o scală de măsurare a calităţii vieţii (*SF-36-MOS Short Form General Health Survey*)pe un grup de 74 de pacienţi astmatici, corelând alterarea indicilor de calitate a vieţii cu gradul de severitate a astmului (evaluat la rândul său printr-o scală elaborată de Van Aas ce surprinde atât aspecte clinice referitoare la numărul şi durata simptomelor, durata bolii, prezenţa sau absenţa intervalelor de calm dintre crize cât şi aspectele terapeutice legate de numărul zilelor de tratament necesare).

Autorii încearcă de asemenea să introducă date referitoare la efectul terapiei bronhodilatatoare, parametrii investigaţi incluzând şi creşterea VEMS odată cu modificări ale fluidului bronho-alveolar (număr de eozinofile şi ECP). În final, studiul evidenţiază o *corelaţie semnificativă a severităţii astmului cu majoritatea indicilor de calitate a vieţii* incluşi în scala SF-36 exceptând pe cei referitori la sănătatea mentală şi energie/fatigabilitate.

Chestionarul "Living with asthma" prezintă avantajul unui număr mai redus al itemilor la 68 şi al concentrării acestora pe probleme specifice astmului repartizate pe **11 subscale**: *somn, muncă, activităţi diverse, mobilitate, activitate socială, inactivitate, sport, sărbători, efecte asupra celor din jur, utilizarea medicamentelor, probleme sexuale şi stări disforice.*

Recent, **Juniper E.**, în **studiile sale asupra calităţii vieţii la bolnavii cu astm şi rinită**, evidenţiază aspecte diferite ale astmului la adulţi faţă de copii. **Adulţii** ar suferi mai mult de insomnii şi somnolenţă ziua, fiind mai reticenţi faţă de activităţile fizice (sport, cumpărături) sau obişnuitele lor hobby-uri (grădinărit, îngrijirea animalelor de casă, etc). Ei prezintă o toleranţă mai scăzută la schimbările de vreme, la mirosuri puternice (de exemplu fumul de ţigară) iar boala le afectează profund calitatea vieţii.

Copiii ar fi însă mai afectaţi de dificultăţile de integrare socială decât de simptomele propriu-zise. Izolarea impusă de boală duce la tulburări ale afectivităţii ajungându-se la frustrare. tristeţe, furie.

Restricţiile terapeutice şi profilactice au condus adesea la sustragerea nejustificată a tinerilor astmatici faţă de tentaţiile vârstei lor, mai ales faţă de practicarea unor sporturi mult îndrăgite a căror interdicţie (adesea abuzivă) le crea adevărate complexe de inferioritate.

3. Principalele forme de psihoterapie şi mijloace psihofarmacologice utilizate în astmul bronşic

A. Implicaţiile profilactice şi terapeutice

Cunoaşterea rolului SP în apariţia, desfăşurarea crizelor de astm precum şi evoluţia bolii (referitor la frecvenţa şi severitatea crizelor sau la simptomatologia intercritică) are desigur implicaţii în primul rând de ordin profilactic.

Bolnavul astmatic, informat asupra riscului pe care îl prezintă SP pentru boala sa, poate - în unele cazuri - să prevină anumite situaţii stresante sau să le reducă intensitatea. Între cele mai frecvente şi severe SP este chiar panica resimţită de bolnavi în momentul instalării crizei şi, desigur, în momentele ei de vârf. Din acest motiv Creer şi colab., referindu-sela efectele modeste bronhodilatatoare ale diverselor tehnici psihoterapeutice de relaxare (demonstrate de către Alexander), apără totuşi utilitatea acestora prin aceea că ele reprezintă veritabile procedee de autocalmare (inclusiv în timpul zilei) şi îl feresc pe bolnav de o serie de inconveniente ale medicamentelor, începând cu utilizarea lor defectuasă şi terminând cu efectele lor secundare. Prin urmare, **un antidot nemedicamentos împotriva SP îl constituie metodele psihoterapeutice de relaxare.**

a) Înaintea lor se cuvine să evidenţiem *rolul major îndeplinit de* **psihoterapia simplă de susţinere** ("suportivă") care în mâinile unui medic "cu har" dar şi bine instruit poate conduce la o netă ameliorare a cursului bolii (Criep). Rolul medicului este acela de a capta încrederea bolnavului ale cărui confesiuni, diminuându-i acestuia din urmă starea de tensiune, pot să modifice în sens favorabil evoluţia astmului (Gendrot).

Între principiile de bază ale psihoterapiei simple postulate de către Lask considerăm că absolut necesare sunt: *individualizarea tratamentului*, anticiparea de către medic a ceea ce bolnavul aşteaptă de la el, *încercarea de a vedea "cu ochii bolnavului"* şi *relaţionarea problemelor "actuale" ale bolnavului în acord cu dezvoltarea sa emoţională, inclusiv cu evenimentele din copilărie.*

Ca şi alţi autori (Edith Raameckers, Spector şi colab.), noi considerăm bolnavul astmatic, şi în genere orice bolnav, ca pe un partener activ al demersului terapeutic, punându-i-se la dispoziţie, alături de noţiunile principale despre boală (explicate într-un limbaj adecvat al înţelegerii sale), o serie de măsuri de autotratament al crizei, mergând de la actele de "dirijare" a expirului activ şi până la medicaţia simptomatică capabilă să pună capăt accesului.

Această apropiere a bolnavului de problemele bolii şi punerea în faţa sa a unor sarcini pe care să şi le poată rezolva singur - având în permanenţă perspectiva unei evoluţii ades favorabile dar şi accesul facil la medicul curant în cazurile de impas - constituie *premisele unei psihopatii de susţinere eficace, în primul rând în combaterea SP impus de ameninţarea reapariţiei crizelor astmatice* (Iamandescu 1993 b).

În acest context securizant faţă de SP reprezentat de ameninţarea crizelor se înscrie şi monitorizarea reapariţiei la domiciliu - cu ajutorul unui aparat portabil de tip Vitalograph - care-i permite bolnavului să sesizeze din timp apropierea crizelor de astm şi să poată astfel anunţa medicul (Iamandescu 1992 b).

Tabelul 3.

1. Rolul factorului psihic la debutul bolii
a) "Stare de fond" (stres cronic)
- situaţia general valabilă
- situaţia cu semnificaţie electivă

b) Trigger iniţial
- exclusiv
- asociat - rol major
  - rol minor

2. Rolul actual al fact. psihic
a) declanşează crizele
- evidenţă: declanşare - aparent exclusivă (AB.psihogen)
  - alternativă
- supoziţie: fără evidenţă dar
  - lipsă alţi triggeri
  - "încărcare stresantă"
  - tip personalitate (observaţie)

b) nu declanşează crizele
- supoziţie - biografic Normal
  - tip pers. Normal
- evidenţă - toleranţă bună la SP (anamneză, observaţie)

c) întreţine evoluţia cronică? - idem a)

Psihoterapia de susţinere (suportivă) este accesibilă şi necesară oricărui medic în tratamentul cărora se află un bolnav astmatic.În situaţiile când implicaţiile SP sunt decisive în evoluţia bolii, ca şi ori de câte ori cadrul de organizare al asistenţei medicale o permite (de exemplu în clinici medicale, încadrate cu psihologi), se poate recurge la proceduri diferenţiate de psihoterapie.

b) Un loc aparte în cadrul acestor proceduri revine celor de **psihoterapie sugestivă**. Dintre ele **hipnoza** aplicată iniţial de Luparello şi colab. , şi-a dovedit de multă vreme utilitatea cu condiţia existenţei unor indicaţii elective: *crize de astm declanşate de factori psihogeni la bolnavi cu manifestări nevrotice obsesive* (inclusiv aşteptarea anxioasă a crizelor). De menţionat prudenţa ce trebuie să primeze la indicarea acestei metode de tratament adjuvant al crizelor de astm. În caz contrar, aplicarea hipnozei poate conduce la agravarea astmului sau chiar la apariţia altor simptome supărătoare (exemplu: un sughiţ rebel sau cefalee (Vl. Gheorghiu). Succesul cel mai mare al utilizării hipnozei în tratamentul astmului apare la acei bolnavi la care nu s-a produs obişnuinţa cu tratamentul medicamentos.

❑ O variantă a hipnozei, menită să prelungească acţiunea acesteia în absenţa hipnotizatorului, este cea utilizată de Klumbies şi Kleinsorge sub numele de "**hipnoză prin ablaţie**". Efectul hipnozei este asociat cu un stimul condiţionat (exemplu o imagine vizuală a unor cercuri concentrice) şi ulterior prin simpla prezentare a imaginii, se reproduce efectul hipnotic (Klumbies).

❑ O altă terapie sugestivă aplicată tot mai larg în ultima vreme, o constituie **antrenamentul autogen** descris de Schultz şi practicat în diverse variante individuale sau de grup. Metoda constă în conştientizarea - pe calea autosugestiei - a unor cenestezii, capabile să inducă bolnavului un confort psihic generat de ideea că funcţiile organismului său se desfăşoară într-un ritm optim. Folosită pentru inducerea unei relaxări psihice, opuse încordării musculare produse de anxietate, această metodă - cu largă aplicaţie în tratarea BSP - a fost utilizată şi în astmul bronşic, mai cu seamă "alegerea" exerciţiilor cu concentrarea atenţiei asupra funcţiunii respiraţiei.

De altfel Creer şi Kotses consideră important de subliniat, "creşterea abilităţii de a se relaxa... elimină unele condiţii capabile să inducă bronhoconstricţie ... iar relaxarea este efectiv în competiţie cu răspunsul bronhoconstrictor la SP".

❑ Pe aceeaşi linie a autoreglării, dar adresată de astă dată "variabilelor fiziologice" (ibidem) se înscriu şi o serie de **proceduri** de **biofeedback** adresate în special reducerii tensiunii musculaturii faciale şi efectuate din 1976 de Kotses şi colab. şi preluată de alţi autori (Friedlund şi colab.).

Referitor la *biofeedback-ul de relaxare a musculaturii faciale*, prin această metodă se iniţiază un reflex nervos cu aferenţe trigeminale (culegând tensiunea fibrelor musculaturii faciale) şi eferenţele vagale (la nivelul musculaturii bronşice), conducând în ultimă instanţă la existenţa unui paralelism între starea de relaxare a musculaturii faciale (apreciată electromiografic şi considerată drept obiectiv al tratamentului) şi bronhodilataţie (Glaus). Un procedeu de biofeedback, accesibil bolnavului în condiţiile unui cost redus faţă de celelalte metode implicând aparatură sofisticată, este *controlul zgomotului respirator (cu ajutorul unui stetoscop)* aplicat de bolnav pe torace. Bolnavului i se cere să-şi reducă zgomotul respiraţiei, fapt ce conduce la o uşoară diminuare a spasmului bronşic (Abdulan).

c) În afara acestor proceduri adresate bolnavului în exclusivitate şi al cărui beneficiu este mai mult în plan psihologic decât în plan fiziologic

există şi **proceduri de terapie de grup**. Creer şi Kotses iniţiază un program complex (**"comprehensive self management"**) cu participarea familiei bolnavului şi implicând în esenţă instruirea bolnavului şi a celor apropiaţi lui (părinţi, bunici, etc.) referitor la tehnici de asistare a crizei astmatice (autotratament, ajutor dat bolnavului, etc.) şi de evitare a factorilor precipitanţi.

d) Ca un alt corolar al implicaţiilor psihice în declanşarea sau încetinirea nespecifică a crizelor de astm, apare **scoaterea din mediul psihotraumatizant**. Aplicat special la copii - la care influenţa nefastă din partea părinţilor (vezi mamele astmogene, problemele personalităţii copilului astmatic etc.) trebuie suprimată - procedeul acesta de recuperare, vizând într-un nou câmp social instrucţional, cuplat cu schimbarea mediului parental şi alergic şi cu acţiunea unor factori climatici etc., s-a numit "parentectomie" (Peshkin). Cadrul de recuperare - centre de reabilitare denumite şi campuri montane (unul dintre cele mai moderne fiind amplasat la altitudine de peste 2200 m, la Font Romeu) - face apel, pe lângă scoaterea din mediu (regulă de bază în tratamentul astmului alergic), la o serie de proceduri psihoterapice: **psihagogia** (Baumgarten - Tramer), **ludoterapia** şi alte terapii de grup, sau de **cultură fizică medicală**: **gimnastică respiratorie**, **înotul** (Quarles Van Ufford, Baumgarten - Tramer).

Faptul că şi adulţii pot fi trataţi prin această metodă, ca şi acţiunea benefică a unor *cure hidrominerale sau heliomarine asociate efectului psihoterapic* (I.Gr. Popescu) pledează pentru înlocuirea termenului de parentectomie cu cel de **"ecoterapie"** propus de Rappaport care susţine, prin rezultatele proprii foarte bune, strategia recuperatorie complexă menţionată mai sus.

e) Referitor la **medicaţia psihotropă** utilizată în astmul bronşic este necesar să sintetizăm câteva aspecte de ordin concluziv, sedimentate în decursul timpului, inclusiv în cursul experienţei noastre în îngrijirea bolnavilor astmatici (Iamandescu 1980, 1993).

Au devenit tradiţionale următoarele atitudini terapeutice:

- administrarea unor psihotrope, atât între accese, cât şi în timpul crizei, dominată de regulă de anxietate.;
- *combaterea prin sedative* a unor efecte secundare psihice de tip excitator induse de medicaţia bronhodilatatoare (Xantine şi simpatomimetice);
- *tratarea sindroamelor nevrotice asociate cu astmul bronşic*, în majoritatea cazurilor fiind vorba de tulburări induse (secundare) în cursul evoluţiei bolii;
- *administrarea de parasimpatolitice* (în prezent preparate de aerosoli de tip Ipratropium) ar avea un rol benefic, privind atenuarea sau suprimarea efectelor sugestiei asupra căilor respiratorii (Lane şi Storr) deci de protejare contra declanşării reflex condiţionate a crizelor;
- *corectarea tulburărilor neuro-vegetative*, frecvente în astm, prin preparate însumând acţiuni parasimpatolitice şi sedative (de tip bergonal, etc) (atenţie la marea "gafă terapeutică" de a se administra distonocalm - care conţine propanolol - la astmatici);

- folosirea frecventă a unei *medicaţii cu dublă acţiune: tranchilizantă şi antihistaminică* (de exemplu hidroxizin în astmul alergic, mai ales când este însoţit şi de rinită şi/sau urticarie);

- *abţinerea de la administrarea de hipnotice şi chiar tranchilizante* în stările de rău astmatic, cel puţin în cazurile lipsite de posibiliotatea asistării respiraţiei, în scopul evitării efectelor bronhoplegic şi deprimant respirator central.

Arsenalul terapeutic psihotrop folosit în astmul bronşic a fost şi este destul de larg.

În prezent, astmul bronşic beneficiază major de medicaţie tranchilizantă, atât în faza de acalmie cât şi în starea de rău astmatic (aici sub rezerva administrării într-un serviciu de reanimare).

Dintre **tranchilizante** considerăm ca utile benzodiazepinele (diazepam, oxazepam, medazepam) iar dintre **antidepresive**: Mianserin şi Maprotilina (dotate şi cu proprietăţi antihistaminice).

Recent, avem în studiu tianeptina (Coaxil) adăugată la tratamentul de sevraj al astmaticilor corticodependenţi.

4. Complianţa terapeutică

Considerăm (Iamandescu 1996a) că acest termen ar trebui folosit în definirea gradului de adeziune (de conformare) a pacientului faţă de indicaţiile terapeutice privind medicaţia cât şi faţă de alţi agenţi terapeutici incluzând stilul de viaţă.

Majoritatea autorilor au raportat încă de la început şi până în ultima decadă o complianţă terapeutică de 50% (Tunster).

În ceea ce priveşte complianţa terapeutică faţă de tratamentul prescris este necesar să fie luaţi în consideraţie anumiţi factori psihologici (psihici) ce ţin atât de personalitatea pacientului astmatic şi a medicului practician cât şi de influenţele psiho-sociale începând cu cele obişnuite, până la educaţia medicală promovată de mass-media.

Într-un studiu anterior (Iamandescu 1996a) privind complianţa terapeutică, am arătat că în cazul pacienţilor astmatici, ca de altfel şi în cazul altor pacienţi cu tulburări psihosomatice, aceasta depinde de următorii factori psihologici:

- comportamentul bolnavului faţă de prescripţia clinică (hipo- şi hipercomplianţa, sau creşterea gradată a complianţei terapeutice până la corticodependenţă;

- prestigiul medicului practician (efect sugestiv crescut) cât şi capacitatea sa persuasivă, asociată cu calităţi relaţionale (căldura sufletească) şi încrederea (optimismul) în propriul tratament (în tratamentul prescris);

- idei preconcepute (pozitive sau negative);

- severitatea bolii şi gradul în care restricţiile terapeutice influenţează calitatea vieţii pacientului (incluzând resursele sale anti-stres cât şi nivelul motivaţiei sale);

- succesul sau eşecul anterior al unor prescripţii terapeutice similare cât şi efectele secundare nedorite.

Un studiu recent (Iamandescu, Popa-Velea şi Aura Găină 1996) asupra complianţei terapeutice la 100 pacienţi astmatici, în marea majoritate alergici la arcadieni, a dovedit predominanţa următoarelor aspecte:

- pacienţii nu au beneficiat practic de un program educaţional referitor la problemele legate de boală (51% manifestând interes pentru autodocumentare, găsind informaţii în mass-media sau de la alţi pacienţi, dar fără o sistematizarea noţiunilor);
- complianţa terapeutică foarte bună, declarată de 80% din subiecţi (pacienţi), dar în realitate mult mai scăzută (50% nu au putut evita efortul, praful, poluarea, etc);
- în absenţa unui program educaţional, factorii socio-culturali şi psihologici sunt implicaţi într-o foarte mare măsură;
- prestigiul medicului (ca vindecător);
- disponibilitatea afectivă (52% au apreciat mai mult calităţile empatice decât nivelul intelectual - 30%);
- influenţa mamei (supraveghere, control) în a respecta prescripţiile medicale (la 50% din cei 26 de adolescenţi incluşi în studiu, la care scade capacitatea de control şi stima de sine);

Rezultatele noastre sugerează indirect necesitatea unei noi abordări a pacientului astmatic, bazată pe parteneriatul cu medicul în cadrul unui program educaţional de monitorizare a parametrilor diagnostici, a mijloacelor terapeutice şi tratamentului.

Până la introducerea pe scară largă a programului GINA, complianţa terapeutică pare, în opinia noastră, să rămână sub influenţa puţin controlabilă a numeroaselor variabile psihologice.

Bibliografie

1. *Anderson W - Chap. Biochemical mediators, pp. 95/111 in E.B. Weiss and M. Stein (eds). Bronchial Asthma. Mechanisms and Therapeutics. Little Brown 1993.*
2. *Barnes PJ - Neural mechanisms in asthma in Advances in allergy and clinical immunology (Ed.Godard Ph., Bousquet J şi Michel FB) pp. 161-174, Parthenon Publish. Group. Lancs UK. New Jersey, 1992.*
3. *Bender BG - Measurement of quality of life in pediatric asthma clinical trials. Annals of Allergy, Asthma and Immunol. 1996, 77 (6), 638-447.*
4. *Black S - Inhibition of immediate type hypersensitivity by direct suggestion under hypnosis - Brit.Med.J. 1963, 1, 925-929.*
5. *Bousquet J - How do we optimise asthma assessments ? in Eds. Clark T:H., Fabri L.M. "How to optimise asthmatherapy" - pp. 27-30. Excerpta Medica, Amsterdam, 1992.*
6. *Bousquet J, Bullinger M, Fayol C, Marquis P, Valentin B, Burtin B. Assessment of quality of life in patients with perennial rhinitis with the French version of the SF-36 health status questionnaire. J Allergy Clin Immunol 1994; 94; 182-8.*
7. *Brush J, Mathe A. Cap. Psychiatric aspects p.1121-1131, in Bronchial Asthma-Mechanisms and Therapeutics, eds. Weiss E. and Stein M., third ed. Little-Brown, Boston (Toronto) London, 1993.*
8. *Creer TL - Biofeedback and asthma, Adv. Allergy Asthma, 1974, 1, 6-14.*
9. *Creer TL - Kotses H., chap.47: Asthma: psychologic aspects and management pp. 1015-1036, in (Eds) Middleton F. Jr., Reed C.E. Ellis E.F. - Allergy. Principles and practice, - Mosby Co., St.Louis, Toronto, London, 1983.*

10. Criep H.L. - cap.Emotional problems in the allergic child, p. 383-441, in (Red) Criep H.L. Allergy and clinical immunology Grune and Strtton, New York-London 1976.
11. French TM, and Alexander F. Psychogenic factors in bronchial asthma. Psychosom. Med. Monogr. 1941, 4:2.
12. Freour P., Asthme - une maladie complexe, - Bordeayx Med., 1969, 1, 11, 1012.
13. Fuchs E., Schulz K-H. (eds.) - Manuale allergologicum. Kapitel VIII (1-12). Dustri Verlag. Diesenhofen, 1988.
14. Gheorghiu Vl. Hipnoza, Ed.Şt.Enciclop., Bucureşti 1977.
15. Glaus, K.D., and Kotses, H. Generalization of conditioned muscle tension: A closer look, Psychophysiology 16:563, 1979.
16. Godfrey S, and Silverman M. Demonstration of placebo response in asthma by means of exercise testing. J. Psychosom. Res. 17:293, 1973.
17. Graham P. Childhood asthma: A psychosomatic disorder ? Some epidemiological considerations. Br. J. Prev. Soc.Mec. 21:78, 1977.
18. Hansen K. Allergie, Thieme Verlag, Stuttgart, 1961.
19. Heim E et al. Airway resistance and emotional state in bronchial asthma, Psychosom. Med. 29:450, 1967.
20. Iamandescu I.B. Corelaţii psiho-somatice în astmul bronşic. Teză de Doctorat, IMF Bucureşti 1980.
21. Iamandescu I.B. - Aprecierea îndicilor de calitate a vieţii în bolile cronice, cu referire în special la bolnavii astmatici. Viaţa medicală 4 nov. 1992.
22. Iamandescu IB. Depression as an aquired personality trait in asthmatics - Allergy Clin. Immunol. News 1994, suppl. 2 Abstracts, 538.
23. Iamandescu IB - Efectul Placebo - Infomedica, 1995, 2, 128-130
24. Iamandescu IB - L'asthme bronchique avec trigger psychigene. Considerations sur certains etudes personnelles (epidemiologique et psychologique) - Psychol. Medicale (Paris) 1995, 3 sous presse.
25. Iamandescu IB. Monitorizarea bolnavului astmatic în ambulator. Viaţa Medicală 22 sept. (1992).
26. Iamandescu IB, Coculescu M. Acute and chronic stress in etiopatogeny of allergic asthma-Allergy Clin. Immunol. News 1994, 2, Suppl. Abstracts, 537.
27. Iamandescu IB, Popa Velea O. - Neurotic symptomatology in allergic and non allergic asthma patients. Allergy 1995, 50, 26, 310.
28. Iamandescu IB. Psihologie Medicală, Ed.Infomedica, 1996.
29. Iamandescu IB. Mecanisme psihoendocrine invocate în evoluţia astmaticilor corticodependenţi. Cong. Naţion. I. Psihoneuroendocrinologie Bucureşti, 27-28 sept. 1996.
30. Isenberg S, Lehrer PM, Hochron S. The effects of suggestion and emotional arousal on pulmonary function in asthma: A review and a hypothesis regarding vagal mediation. Psyhosom. Med. 1992, 192-216.
31. Janson C et al. Anxiety and Depression in Relation to Respiratory Symptoms and Asthma, Amer. J.Respir.Crit. Care Med. 1994, 149, 903-934.
32. Kleinsorge R.- cap. "Psychoterapie in Asthma bronchiale" - pp. 128-142 . in "Asthma bronchiale" Ed. Findeisen D.G.R., VEB Volk und Gesundheit, Berlin, 1968.
33. Kotses H, et al. Operant reduction on frontelis EMG activity in treatment of asthma in children, J.Psychosom. Res., 1976, 20, 453.
34. Kourilsky R. Le conflict de personalite che l'asthmatique J.Fr.med. Chir., 1963, 2, 135.
35. Kourilsky R. Les mechanismes psychologiques dans l'asthme. Bordeaux medical, 1969, 1120-1126.
36. Lane D, Storr A. Asthma the facts, Oxford University Press, 1979.

37. Luparello T. et al. Influence of suggestion on airway reactivity in asthmatic subjects. Psychosom. Med. 30:819, 1968.
38. Mathov E. New classification of bronchial asthma, Alergol. et Immunopathol., (Pamplona Spain), 1981, 3, 241-245.
39. Meijer A. Conflictual maternal attitudes towards asthmatic children. Psychother. Psychosom. 1980, 33:105.
40. Oehling A. "Immunological aspects of the pathogenesis of bronchial asthma" - Allergol. et Immunopathol., 10, 6:417-422, (1982).
41. Păun R., Popescu I. Gr., Jelea A., Astmul bronşic, Ed.Medicală Bucureşti, 1974.
42. Popescu I. Gr. La rehabilitation dans l'asthme bronchique, Rev.Roumanie med.int., 1968, 5, 321-328.
43. Predescu V, Nica Udangiu St. Epidemiologia nevrozelor în populaţia urbană, Neurologia, 1976, 21, 3, 169-178.
44. Schmidt-Traub S. The psychoimmunological network of panic disorders, agoraphobia and allergic reactions. Thorax 1995, feb. 52(2) 123-128.
45. Seropian E. Terapia antialergică nespecifică, Ed.Medicală Bucureşti, 1972.
46. Spector SL and Nicklas RA (eds): Practice Parameters for the diagnostic and treatment of asthma. Amer. Acad. of Allergy and Immunol. Amer. Colledge of Allergy and Immunol., 1993.
47. Theodorakis R. Adolescent asthma - in Conversations - 6 pp. 26-28 (American Academy of Allergy, Asthma and Immunology 54th Meeting) - UCB Pharma - Brussels - Belgium 1998.

***

B. DERMATITA ATOPICĂ

Dermatita atopică reprezintă o boală cutanată inflamatorie cu un tablou clinic şi lezional complex şi polimorf, dominată de prurit şi având o evoluţie cronică sau în pusee recidivante. Ea survine pe un teren atopic fiind frecvent asociată cu manifestări alergice respiratorii (rinită şi/sau astm), dar poate exista şi în afara acestei asocieri (dermatita atopică "intrinsecă" - Wuthrich).

Ca orice boală psihosomatică cu patogeneză multifactorială, dermatita atopică este influenţată într-un mod "consistent" de factorul psihic, care poate fi responsabil, atât de inducerea unor pusee de activare a bolii, cât şi de exacerbarea de moment a unor manifestări clinice deja existente (de ex. pruritul) sau de favorizarea acţiunii unor factori ce complică evoluţia bolii (suprainfecţia cutanată stafilococică, de ex.) (*Figura 1*).

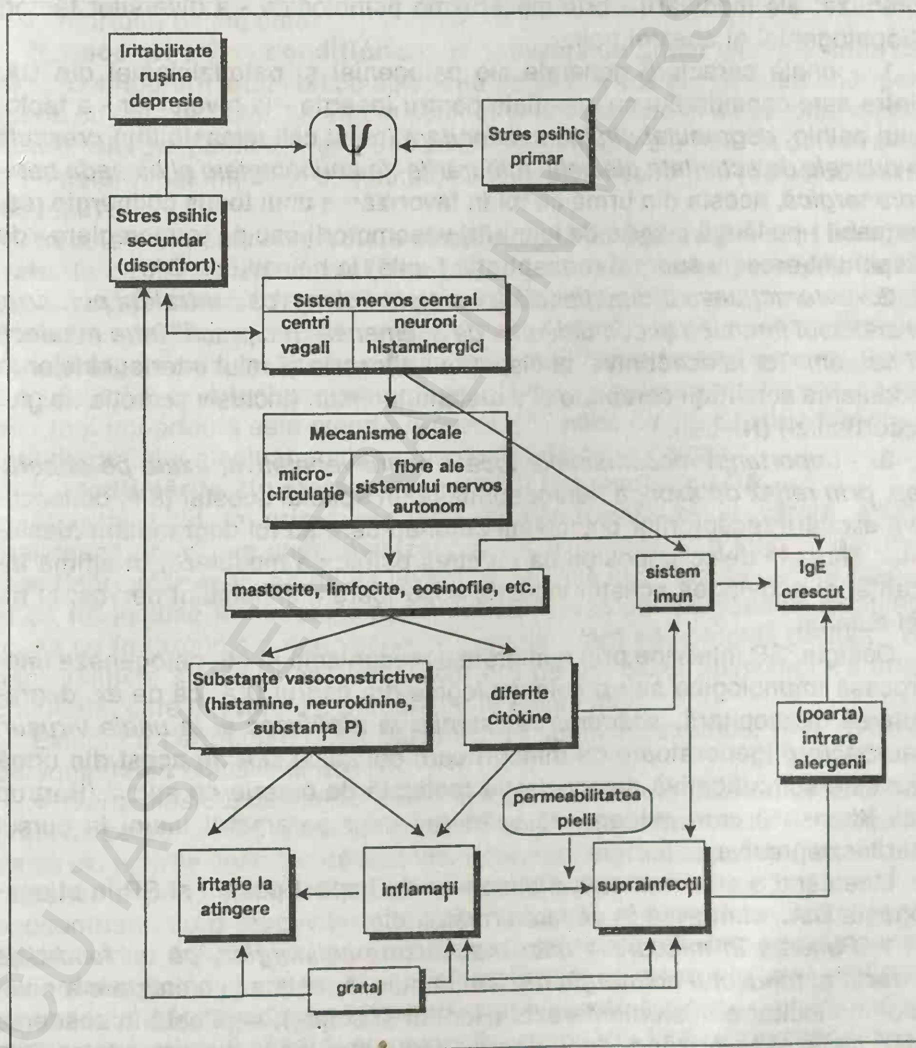
1. Rolul factorului psihic în evoluţia dermatitei atopice

În dermatita atopică (D.A.) considerăm că, pe lângă stresul psihic - cu rol declanşant sau de întreţinere sau de agravare a puseelor evolutive - există o participare extrem de importantă a condiţionării reflexe între unii stimuli indiferenţi de mediu şi pruritul sau gratajul care reprezintă simptomele cele mai evidente în planul observaţiei din exterior a bolnavului.

Dacă stresul psihic (SP) de orice fel poate să declanşeze ori să accentueze modificările lezionale, inclusiv cele ale microcirculaţiei cutanate, există totuşi în DA o relativă preponderenţă a anumitor tipuri de SP care se remarcă prin persistenţa lor aproape obsedantă pentru bolnav. Datele din literatură (Niebel, Gieler, Colţoiu, Bousquet, Wutrich) care evidenţiază *circumstanţele*

stresante cu rol de constantă "presiune psihologică" asupra bolnavului cu D.A. următoarele: conflicte familiale (fraterne sau cu părinţii), şcolare sau profesionale, agenţii stresori care produc o aşteptare anxioasă sau provoacă răspunsuri agresive (ori exacerbează agresivitatea bolnavului), tulburările de dinamică sexuală, activitatea mentală obositoare, stările de disconfort - încordarea - şi de epuizare). Un rol favorizant pentru perceperea mai acută a pruritului îl au *situaţiile în care atenţia bolnavului nu este atrasă de alte activităţi interesante* (inactivitatea) sau *când bolnavul este singur* - ca de ex. în situaţiile de izolare socială, favorizate prin instalarea unui cerc vicios - de jena lui faţă de cei din jur sau în cadrul depresiei cauzate de boală.

Figura 5. Inserţia stresului psihic în mecanismele patofiziologice



De altfel, *depresia* a fost evidenţiată, în cadrul unui studiu relativ recent, realizat de Gupta şi colab., ca având un rol de modulare - reducere a pragului (Crishold) de apariţie - a pruritului în D.A., psoriazis şi urticaria cronică idiopatică.

O evaluare cu caracter epidemiologic a intervenţiei factorului psihic în apariţia recidivelor (puseelor = faza de activitate) a DA efectuată de Rowold în 1990 a evidenţiat implicarea *situaţiilor conflictuale şi a celor de comportament social defectuos* în 66% din cazurile cu DA studiate.

2. Mecanisme psihoneurofiziologice cu posibilă acţionare de către factorii psihici

În evaluarea "substratului" neuro-vegetativ şi endocrin asupra cărora acţionează factorul psihic în DA, trebuiesc avute în vedere următoarele "premize" ale modulării - prin mecanisme psihologice - a diverşilor factori etiopatogenici ai acestei boli:

1. - unele caractere generale ale patogeniei şi patofiziologiei din DA, dintre care considerăm ca esenţiale pentru inserţia - la nivelul lor - a factorului psihic: *degranulabilitatea mastocitară* (mast cell releasibility) *crescută în puseele de activitate ale bolii, tulburările de imunoreglare şi blocada beta-adrenergică*, acesta din urmă cu rol în favorizarea unui tonus colinergic responsabil - pe lângă o serie de tulburări vasomotorii sau de termoreglare - de răspunsul excesiv sudoral (transpiraţie facilă) la bolnavii cu DA.

2. - *interacţiunea bidirecţională între sistemul nervos central (şi periferic) şi sistemul imun, ca şi comunicarea de asemenea "reciprocă" între mastocit şi neuroni.* Tot la acest nivel al discuţiei se înscrie şi rolul interleukinelor în modularea activităţii cerebrale şi a sistemului imun (inclusiv secreţia de glucocorticoizi) (Niebel).

3. - *importanţa mecanismelor locale neuro-vegetative, axate pe eliberarea, prin reflex de axon*, a neuropeptidelor, în special substanţa P, consecutivă excitării receptorilor polimodali cutanaţi care au rol degranulant mastocitar. Nu este deloc imposibil ca un stres psihic să moduleze, în ultimă instanţă, şi activitatea acestei instanţe superioare a sistemului nervos, la nivel cutanat.

Desigur, SP intervine prin numeroase mecanisme în etiopatogeneza unor procese imunologice sau non-imunologice din cadrul D.A. ca de ex. degranularea mastocitară, *scăderea rezistenţei la stafilococ şi la unele virusuri sau bacterii* (generatoare de infecţii) care complică D.A. În acest din urmă caz este semnificativă demonstraţia realizată de o serie de autori (Bartrop sau Khansari) care evidenţiază scăderea unor parametrii imuni în cursul stărilor depresive.

Încercând o sistematizare a punctelor de impact posibil al SP în etiopatogenia D.A., vom avea în vedere următoarele:

1. *Punerea în mişcare a unor mecanisme colinergice, pe un fond deja crescut al tonusului colinergic din DA.* În plus, ar exista şi o creştere a nivelului monocitar al fosfodiesterazei (Hanifin şi colab.), implicată în scăderea AMP ciclic şi favorizând, deci, degranularea mai facilă a mastocitelor. Prin

aceste mecanisme colinergice activate în cursul emoţiilor se poate explica agravarea pruritului ca urmare a transpiraţiei excesive la bolnavii cu DA.

2. *Creşterea activităţii neuronilor histaminergici din sistemul nervos central*, în cursul stresului psihic, este probată, indirect, de creşterile histaminemiei, evidenţiate în situaţiile experimentale sau naturale de stres psihic (exemplul furnizat de către Ring al stresului pacientului aflat pe scaunul stomatologic).

3. Ipotetica *comandă corticală asupra unor mecanisme nervoase autonome* de la nivelul pielii implicate în eliberarea "preferenţială" de neuropeptide, între care substanţa P este un reputat degranulant al mastocitelor.

4. **Reacţia somatopsihică întreţinută de prurit cu efect de stres psihic secundar** şi creare a unui cerc vicios între stimulii lezionali primari (prurit şi durerea după grataj) şi eliberarea secundară de histamină ca urmare a disconfortului psihic creat.

5. **Asocieri reflex condiţionate**, în secvenţa de grade multiple, între diverse configuraţii situaţionale stresante constante (de ex. vederea unor persoane cu care bolnavul se află în conflict şi faţă de care el a dezvoltat o adevărată "alergie psihică"), şi manifestările percepute ale bolii în cursul stresului determinat iniţial de conflictele declanşate în condiţiile (de persoanele) respective.

Trebuie menţionat că **efectele stresului psihic asupra DA sunt înregistrate de către pacient numai sub forma unor simptome perceptibile de către acesta cum ar fi pruritul şi usturimile**. Desigur, un stres prelungit poate să inducă o acutizare a bolii în cadrul căreia pruritul poate prezenta variaţii legate de o multitudine de factori. Unul dintre factorii de amplificare a pruritului este autoobservarea exagerată din partea pacientului dar - la copil - mai importantă este atenţia exagerată şi plină de interdicţii a părinţilor faţă de gratajul efectuat aproape involuntar de către bolnav.

3. Modificările din sfera personalităţii bolnavului cu DA

Apariţia bolii în prima copilărie şi persistenţa ei la vârsta adultă realizează premizele unei "psihizări" a DA.şi, mai ales, a stabilizării unor modificări apărute la suprafaţa personalităţii aşa încât ele să devină stabile şi să fie incluse în structura personalităţii devenind "personality troubles" (ceea ce în taxonomia mai veche se apropia - fără să coincidă perfect - de aşa numitele stări psihopatoide, cum era de ex. cazul bolnavilor cu crize comiţiale, care dezvoltau o personalitate epileptică).

Există cu certitudine două categorii de opinii antagonice, referitoare la personalitatea bolnavului cu DA.

- *teoria clasică, de esenţă psihanalitică*, ce atribuie bolnavului cu DA un profil de personalitate specific (fie coincident fie predispozant pentru boală), ca de ex. tipurile descrise de Stokvis, Beerman, Ingram cât şi de Colţoiu, caracterizate prin: sentimente de nesiguranţă, inferioritate, agresivitate şi egocentrism, cu o reactivitate de tipul "totul sau nimic" şi cu o inteligenţă peste medie. Această din urmă constatare este valabilă, într-adevăr, pentru majoritatea bolnavilor alergici dar, în opinia noastră, prezenţa unei inteligenţe crescute a acestor bolnavi poate fi doar o simplă asociere a unor gene cu exprimare la nivelul gândirii şi, respectiv, imunităţii, fără o intercondiţionare

importantă, cum ar fi aceea între vulnerabilitatea afectivă a unui bolnav atopic faţă de stres şi ritmarea evoluţiei bolii atopice respective - astm, DA etc. - sub acţiunea trigerr-ului psihic.

O altă tipologie "predispozantă" pentru DA a mai fost descrisă de către Witkower şi Russel: bolnavii cu această afecţiune sunt egoişti, răzbunători, ostili şi cel mai adesea introvertiţi. Chiar înainte de ultimele 3 decenii ale acestui secol au apărut critici referitoare la aceste teorii vizând preexistenţa unei personalităţi primare în DA. Astfel, Sulzberger a evidenţiat - pe lângă lipsa unui profil de personalitate specific în DA - "normalitatea" trăsăturilor de personalitate la bolnavii aflaţi în cursul unor perioade prelungite de remisiune a bolii.

- *modificări de personalitate induse secundar de către reacţia psihică a bolnavului la evoluţia bolii*. Este o opinie probată de observaţia clinică precum şi de logica raţionamentului diagnostic. Astfel, Sonneck şi colab. au remarcat influenţa negativă a perioadei de şcolarizare asupra a 90 de elevi cu D.A., manifestată prin tulburări de atenţie, agresivitate, indisciplină, toate acestea dispărând în timpul vacanţei şcolare (dar trebuie avută în vedere şi modificarea climatului, devenit uscat şi cald). O remarcă sintetică a lui Kulawik referitoare la bolnavii cu D.A. este centrată pe reacţia acestora faţă de disconfortul bolii (pruritul în special), cât şi implicaţiile ei estetice. Această reacţie faţă de boală se transmite în două direcţii, deşi divergenţa către care tinde bolnavul într-un mod oscilant: apropierea faţă de cei din jur (încurajată sau nu din exterior sau permisă ocazional de remisiunea bolii) şi îndepărtarea faţă de aceştia (în funcţie de răspunsul negativ al celor din jur la "avansurile" sale sau de agravarea bolii).

Această ambivalenţă a contactelor sociale ale bolnavului cu DA este întreţinută şi de marea susceptibilitate a bolnavilor respectivi, preocupaţi încontinuu de boala lor, fapt ce le generează (sau le amplifică) o stare de anxietate (persistentă) (Colţoiu).

4. Date psihometrice şi psihiatrice

Importantul discomfort prezent în DA, polimorfismul contextului biografic al pacienţilor ca şi al tabloului clinic şi evolutiv al bolii, condiţionează apariţia unor tulburări de personalitate secundare, în cazul evoluţiei îndelungate şi severe a DA. Din acest punct de vedere nu este surprinzător că datele mai vechi sau mai noi, cu privire la trăsăturile de personalitate ale acestor bolnavi, sunt înregistrate destul de diferit de către diverşi autori. Astfel Borelli şi Schnyder, încă din 1962, descriu 3 tipuri de bolnavi cu DA: **egocentrici, hipersensibili, anxioşi şi iritabili, schizotimi**. Hoek eviden-ţiază, cu ajutorul MMPI, la 254 pacienţi cu DA, prezenţa unor valori crescute la scalele Hs (*hypochondria*), Hy (*hysteria*) şi D (*depresia*). De altfel, Niebel, sistematizând datele din literatură (inclusiv cele personale), descrie o reacţie relativ uniformă a bolnavilor cu DA faţă de suferinţa lor, manifestată prin ***atitudine negativă şi preocupări faţă de propria piele şi printr-o dificultate de a colabora cu ceilalţi*** **izvorâtă din senzaţia că - datorită leziunilor cutanate - este lipsit(ă) de atractivitate.**

În planul manifestărilor clinice cu caracter psihiatric se remarcă la copiii cu DA aşa-numitul *ADDH (Attention Deficit Disorder Hyperreactivity)* manifestat printr-o stare de agitaţie cvasipermanentă şi scăderea atenţiei (mai ales în cadrul orelor de şcoală), iar la adult o tendinţă spre hiperactivitate.

Totuşi, date mai recente (Mc Gee şi colab., 1993) pun sub semnul îndoielii relaţia dintre ADDH şi DA.

De altfel, chiar şi opinia referitoare la gradul ridicat de inteligenţă al atopicilor a fost pusă la îndoială de către Colţoiu care a întâlnit, în lotul studiat de peste 250 atopici, 6 familii de copii atopici cu un grad moderat de oligofrenie (câţiva copii prezentau chiar un teren comiţial dar acest fapt ar putea justifica, din contră, o posibilă întârziere mintală dobândită, ceea ce ar anula contestarea trăsăturilor mentale pozitive - inteligenţa - induse genetic, o dată cu terenul atopic, la bolnavii cu DA).

Sistematizând datele prezentate referitoare la personalitatea bolnavilor cu DA, se poate afirma că ea suferă în mod extrem de variat *impactul variatelor aspecte clinico-evolutive ale bolii, ca şi al condiţiilor diverse de relaţionare a bolnavilor cu mediul lor socio-familial.*

Se pot distinge ca elemente comune majorităţii bolnavilor cu DA, următoarele: tendinţa la *introversie, agresivitate, iritabilitate* (consecutiv manifestărilor de grataj generate de prurit şi care nu pot fi exteriorizate în public), *anxietate* (generată de expectaţii negative referitoare la cursul bolii) şi *depresie, ca stare afectivă "finală", cu caracter de descurajare faţă de eşecurile terapeutice* şi afectarea inserţiei sociale a bolnavului cu DA; uneori depresia apare pur şi simplu ca depresie de epuizare, prin recul somato-psihic faţă de disconfortul prelungit şi agasant din cursul puseelor de activitate a bolii.

5. Psihoterapia bolnavilor cu DA

Îmbracă forme variate (ca forme generale sau speciale) de aplicare dar se pot considera două direcţii, obiective majore, ale utilizării măsurilor psihoterapeutice:

❑ **suportul psihologic acordat problemelor generale ale bolii**, cu accent pe contactele sociale ale pacientului; tot în această direcţie se înscriu şi diferitele metode cu caracter antistres;

❑ **mijloace psihologice axate pe modificările comportamentale legate de tolerarea pruritului şi prevenirea (sau atenuarea) gratajului**, în cadrul unor îngrijiri ale pielii prescrise de dermatolog cuplate cu terapia comportamentală exercitată de către psihologul din echipa (team) de îngrijire a bolnavului cu DA.

Se pot distinge mai multe tipuri de proceduri psihoterapeutice:

a) *Schimbarea condiţiilor favorabile declanşării pruritului şi gratajului* prin instrucţiuni cu caracter antistres specifice situaţiilor psihotraumatizante pentru bolnavul în cauză. Aceste indicaţii cu caracter profilactic rezultă în urma convorbirii amănunţite cu bolnavul asupra problemelor sale psihologice.

b) *Strategii cognitive* induse bolnavului cu DA în scopul îndepărtării gândurilor sale obsesive de la pielea bolnavă.

c) *Exerciţii inductoare de relaxare*, în condiţiile îmbinării unei activităţi motorii moderate cu tehnici de inducere a unui autocontrol (adresat în special comportamentului de grataj) conducând la realizarea unui echilibru între excitaţia dată de prurit şi componenta motorie a gratajului.

d) Aplicarea unor *stimuli cutanaţi care scad pruritul.*

e) Inducerea unor *strategii generale de autocontrol general*, extinse şi la comportamentul de grataj.

f) Aplicarea în colaborare cu dermatologul a unui *program centrat pe îmbinarea tratamentului medical cu un program de terapie comportamentală* adresat în special pacientului cu DA ce prezintă tulburări psihice sau cu o personalitate afectată intens de boală (Gabriele Niebel). De altfel o comparaţie între randamentul terapeutic al programului de îngrijire a pielii recomandat de dermatolog şi cel al terapiei comportamentale, conduce la o apreciere favorabilă a acesteia din urmă. Dar, aşa cum remarcă Gabrielle Niebel (1995), cel mai bun randament este dat de îmbinarea celor două metode (medicală şi psihologică).

6. Particularităţi ale complianţei terapeutice şi ale indicilor de calitate a vieţii la bolnavii cu DA.

Au fost studiate mai puţin, dar consideraţiile generale de la capitolele respective cu caracter general sau cele legate astmului bronşic - rămân valabile.

Câteva consideraţii merită făcute, raportate la specificul DA.

a) Complianţa terapeutică

La copilul cu DA este extrem de importantă atragerea părinţilor săi în echipa terapeutică (un model general, ca cel al grupului Monte Verita, creat de Luban Plozza apare ca extrem de benefic), dar şi participarea acestora la practicarea unui Training Comportamental, la fel ca şi copiii afectaţi de boală. Cu această ocazie se pot reglementa procesele de interacţiune între părinţi şi copii, cu implicaţii în patogeneză, inclusiv fixaţia excesivă, în scop de reprimare, asupra comportamentului de grataj.

Această includere în cadrul complianţei terapeutice a modificării comportamentului parenteral faţă de copil se justifică prin beneficiul terapeutic urmărit şi care nu este legat şi de acest pattern attitudinal (behaviour pattern) tinzând spre eliminarea tensiunilor intrafamiliale, inclusiv a anxietăţii de aşteptare din partea amândurora.

De asemenea, măsurile de îngrijire a pielii, concepute - nu în stil primitiv - ci de "cultivare" a unei pieli sănătoase, pot fi mai uşor urmate de către copil.

Adultul cu DA este mai puţin receptiv faţă de indicaţiile medicului în momentele de acalmie ale bolii (observaţii personale), revenind la consultaţii numai în perioadele de recidivă, mai ales când implicaţiile estetice ale bolii sau complicaţiile ei sunt relativ scăzute. Cufundarea într-o activitate plăcută, pasionantă, poate abate atenţia de la prurit dar - peste o anumită limită a suprasolicitării - acest simptom reapare şi, o dată cu el, bolnavul revine la o complianţă terapeutică mai bună.

b) Indicii de calitate a vieţii în DA

Pot fi cei generali, valabili pentru orice boală (cum sunt cei incluşi în testul SF-36) dar şi cei legaţi de *prurit, tentaţia gratajului şi usturimile sau*

durerile apărute secundar acestuia. În plus, *jena față de anturajul care observă gratajul* sau consecințele acestuia și ale bolii, în general, (tegumentele cu escoriații, lichenificate), precum și tendința la eritem emoțional cantonat la față și gât, pot fi incluse alături de "indicii somatici" descriși mai sus.

În afară de prurit, inclusiv accentuarea lui în stările depresive deja menționate, literatura consultată de noi și consacrată DA nu este bazată în date referitoare la indicii Quality of Life în această boală.

Bibliografie

1. *Bartrop R. W., Lazarus L., Luckhurst E. și colab. Depressed lymphocyte function after bereavement - Lancet 1977, 1, 834.*
2. *Bienenstock J. Psychoneuroallergology - a reality - Conversations in allergy (IV), pp. 15-18, UCB - Institute Allergy, Brain l'Alleud, 1995.*
3. *Bousquet J How do we optimise asthma assessments? in Eds. Clark TH., Fabri L.M. "How to optimise asthma therapy" -pp 27-30 Excerpta Medica, Amsterdam, 1992.*
4. *Bousquet J., Godard Ph. Michel FB (eds) Allergologie, pp. 227-242, Ellipses, Paris, 1993.*
5. *Bousquet J., Michel F.B. Socio-economic aspects of allergic diseases p. 178-184, in Wuthrich B. - Highlights in allergy and clinical Immunology Hogrefe and Huber. Bern 1991.*
6. *Colțoiu A., Dermatoze dispoziționale Editura Medicală, București, 1974.*
7. *Dock P. Le prurit Essentialia (UCB - Bruxelles) 1985, 2 și 3, p. 29, 57.*
8. *Hanifin J. M. 19g6j Pharmacophysiology of Atopic Dermatitis. Clin. rev. Allergy 4:43-65.*
9. *Khansari D.N., Murgo A.E., Eath R.E. Effects of stress on the immune system. Immunology Today, 1990, vol. II, 5, 170-175.*
10. *Kulawik H., Psychoterapie bei somatischen Erkrangungen und Funktionsstorungen, G. Fisher, Jena, 1984.*
11. *Luban-Plozza B., Poldinger W., Kroger F., Boli psihosomatice în practica medicală (trad. E. Toma). Ed. Medicală, București, 1996.*
12. *Luban Plozza B. - Empowerment techiniques: from doctor - centered (Balint approach) to patient - centered discussion groups. Patient Educ. Conseling 1995, 26, 257-264.*
13. *Niebel Gabrielle - Verhaltensmedizin der chronischen Hautkrankheiten und ihrer Behandlung. Interdisziplinare Perspektive der Atopischen Dermatitis. Huber. Bern, 1995.*
14. *Ring J. Pales E, Zimmermann F, Psychosomatische Aspekte der Eltern-Kind-Beziehung bei atopischem Ekzem im Kindesalter. I Hautarzt 1986, 37, 560-567.*
15. *Ring J. - Adverse food reactions between psychology and allergy. Fisons Summary Service at EAACI, p. 4. Zurich, May 1991 (Wednesday).*
16. *Scheich G., Florin I., Rudolph R., Wilhelm S. - Personality characteristics and serum IgE level in patients with atopic dermatitis - J. Pschychosom. Res 1993, 37(6), 637-42.*
17. *Solomon M. L., Seerman H. - Atopic Dermatitis, Amer, J. med. Sci., 1966, 252, 478.*
18. *Sulzberger M. B. - Atopic Dermatitis. In: Dermatology-Diagnostic and treatment, Year Book for 1961.*
19. *Szentivany A., The beta-andrenergic theory of the atopic abnormality in bronchial asthma, J. Allergy, 1968, 42, 4, 203-216.*
19. *Wuthrich B. - Atopic dermatitis. pp. 112-129 in UCB - Allergy Manual, Braine L'Alleud 1992*

***

C. ALERGIA MEDICAMENTOASĂ

Reacţiile de tip alergic la medicamente reprezintă un câmp de acţiune ce ilustrează exemplar cercul *vicios psihosomatic - somato-psihic prin impactul psihic brutal şi persistent al unor accidente medicamentoase anafilactice* asupra unor bolnavi care dezvoltă ulterior o aşteptare anxioasă sau veritabile fobii faţă de medicamentele necesare, manifestând tulburări psihosomatice ample la fiecare nouă administrare de medicament. Aceste tulburări confundabile adesea cu simptomele de alergie medicamentoasă propriuzisă.

1. Conceptul de RtAM

Sub acest termen am considerat anterior (Iamandescu 1987 şi 1993) că pot fi grupate următoarele tipuri de manifestări clinico-patogenice:

❑ *manifestări clinice obiective - sindroame cutanate, respiratorii, digestive sau sistemice* care sunt generate efectiv, per se, de medicamente prin mecanisme alergice propriuzise ("alergia vera") sau pseudoalergice (tablou clinic identic - astm, sindrom urticarian, şoc - declanşat de mediatorii vasoactivi şi musculo-constrictori eliberaţi de către efectori precum mastocitele, bazofilele plus celulele infiltratului inplacentar, fără apariţia reacţiei alergen-anticorp, aşa cum este cazul medicamentelor AINS ori al celor care degranulează nespecific şi direct mastocitul, ca de exemplu: cofeina, polimixina, Dextranul, etc.).

❑ **simptome subiective, prezentate sau interpretate ca "alergice"** - Acestea sunt de fapt reacţii nevrotice (adesea condiţionate reflex) care mimează un episod alergic real anterior, adesea chiar cu scăderi tensionale moderate - (vezi Seropian şi Iamandescu - 1980) dar, de regulă, se manifestă prin simptome subiective: cefalee, ameţeli, anxietate extremă, stări lipotimice.

Cel mai frecvent sunt luate în consideraţie de către clinicieni simptomele obiective din primul grup, al doilea având o componenţă psihică doar secundară dar, ulterior, simptomele subiective din grup devin parazitare şi creează mari probleme în special unui terapeut mai puţin sigur de cunoştinţele sale alergologice şi cu o personalitate cu un grad crescut de anxietate bazală.

2. Parametrii psihologici ai bolnavilor RtAM

Factorii de care trebuie să se ţină cont în abordarea psihosomatică a acestor bolnavi sunt:

❑ **Trăsături psihice acute şi "de fond" ale bolnavilor cu RtAM**

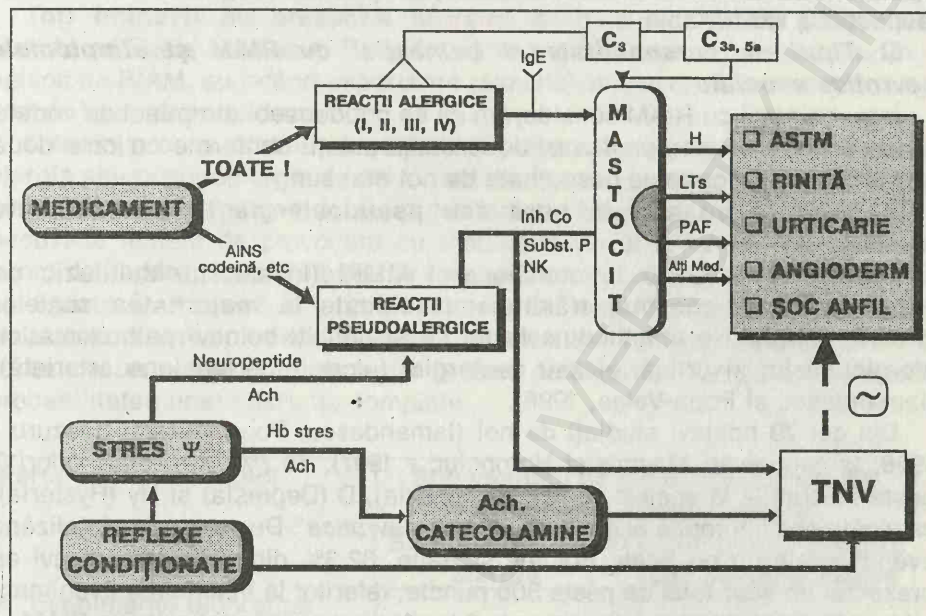
Problema centrală a bolnavului alergic la medicamente, ca şi a medicului său curant, este aceea a repetabilităţii accidentului alergic, fapt ce generează amândorura o anxietate în legătură cu nevoia de a se administra acelaşi medicament sau noi medicamente pentru tratarea unor boli asociate care nu pot evita tratamentul medicamentos.

Există câteva nuanţe referitor la această problemă:

● **Situaţia bolnavilor cu "accidente" medicamentoase de tip alergic ce nu au de tratat în mod expres o boală asociată.** Aceştia dezvoltă o **simplă anxietate pentru un viitor îndepărtat** în care vor trebui să recurgă

totuşi la medicamente. Cea mai frecventă situaţie o reprezintă problemele stomatologice, legate de administrarea anestezicelor şi/sau antibioticelor.

Figura 1. Reacţii consecutive unui accident medicamentos



● **Situaţia bolnavilor care au suferit episoade alergice sau pseudoalergice severe** (în special şoc anafilactic şi edem glotic) **şi care necesită tratament medicamentos pentru o boală cronică.** Aceşti bolnavi vor reprezenta două tipuri de tablouri clinico-psihologice:

● **ca stare "de fond"**, în aşteptarea apariţiei unei indicaţii de tratament medicamentos, la aceşti bolnavi se întâlnesc (v.Iamandescu 1993 şi Iamandescu şi colab. 1996):

♦ un grad crescut al *anxietăţii bazale*, nespecifice;

♦ veritabile *fobii* faţă de boală în general (nosofobie) şi în special faţă de medicament;

♦ *preocupări crescute* (uneori de intensitate nevrotică) faţă de probabilitatea apariţiei unei faze a bolilor cronice care să necesite medicaţie;

● **ca manifestări psihice şi psihosomatice acute în cursul tentativei de introducere a unui nou medicament:** *cefalee, ameţeli şi cenestopatii diverse, tahicardie şi dispnee.*

Aceste simptome apar chiar şi la preparatele placebo sau la medicamente "inocente" (selecţionate cu grijă de medic şi care nu declanşează simptome obiective).

De regulă **simptomele neuro-vegetative (veritabile tulburări psihosomatice), mimează tabloul clinic al manifestărilor subiective generate de accidentele medicamentoase anterioare** dar ele pot constitui şi expresia clinică a unei anxietăţi extreme, mergând până la tabloul atacului de panică, aşa cum am observat în cazul a două paciente cu alergie la Penicilină şi respectiv la Norfloxacin.

❑ ***Tipul de personalitate al bolnavilor cu RtAM şi simptomele nevrotice asociate***

Între bolnavii cu RtAM considerăm că se pot deosebi din punct de vedere al trăsăturilor de personalitate, două subpopulaţii conforme cu cele două grupe clinico-patogenice desemnate de noi mai sus:

● **Bolnavii cu alergie pură sau pseudoalergie la medicamente (sublotul A)**

Aceştia evidenţiază la chestionarul MMPI (Inventarul Multifazic de Personalitate Minnesota) trăsături accentuate la majoritatea scalelor clinice, atingând o amplitudine la fel ca şi ceilalţi bolnavi psihosomatici: alergici (astm şi urticarie) sau nealergici (ulcer, hipertensiune arterială), (Iamandescu şi Popa-Velea, 1996).

Din cei 79 bolnavi studiaţi de noi (Iamandescu, Popa-Velea şi Mazuru - 1996, Iamandescu, Mazuru şi Horopciuc - 1997), 55,7% prezentau valori T peste 70 centile la scalele Hs (Hypochondria), D (Depresia) şi Hy (Hysteria), ce alcătuiesc împreună aşa numita *"triada nevrotica"*. De asemenea totalizând evenimentele de pe Scala Holmes şi Rahe, 82,3% dintre aceşti bolnavi au prezentat un scor total de peste 300 puncte, referitor la însumarea evenimentelor psihotraumatizante din ultimele 6 luni care au precedat primele RtAM.

Toţi aceşti bolnavi acuzau *simptome nevrotice (chestionar Predescu şi Nica-Udangiu), mai puţin numeroase (sub 5 simptome) decât celălalt sublot cu tulburări psihosomatice allergic-like (95%)*, existând chiar 6 pacienţi fără nici un simptom nevrotic.

Se poate opinia că **sublotul bolnavilor cu reacţii alergice şi pseudoalergice la medicamente conţine o populaţie mixtă din punct de vedere al acuzelor clinice şi încadrării lor nosologice:**

- *bolnavi psihosomatici puri, fără sau cu puţine simptome nevrotice*;
- *bolnavi cu RtAM având tulburări nevrotice asociate* (peste 5 simptome), în special secundare RtAM. Există o corelaţie crescută la aceşti bolnavi între valorile crescute (>70 centile) la scalele triadei nevrotice şi numărul crescut de simptome nevrotice.

Spre deosebire de bolnavii astmatici studiaţi de noi în 1980, 1984 şi 1985, tot cu ajutorul MMPI, bolnavii cu RtAM au întrunit o medie a valorilor fiecărei scale clinice realizând un profil general cu o amplitudine medie similară celei obţinute de bolnavii nevrotici, fiind diferiţi statistic de alţi bolnavi psihosomatici (astmatici şi ulceroşi) al căror "nevrozism" se situează la un nivel intermediar între bolnavii nevrotici şi subiecţii sănătoşi.

● **Bolnavi cu tulburări psihosomatice "mimând alergia"**, apărute la repetarea administrării unor medicamente (altele decât cele iniţiale, cauzatoare de RtAM), (sublotul B).

Acest sublot (40 bolnavi) întruneşte **caracteristici patente pentru coexistenţa unei adevărate nevroze**, atât prin *numărul mare de simptome nevrotice (>5) prezentate de fiecare bolnav (95%* din cazuri) cât şi prin *valorile crescute ale cotelor T la scalele triadei nevrotice ale MMPI (90%* din cazuri).

Toţi bolnavii au prezentat stresuri psihice totalizând peste 300 puncte pe Scala Holmes şi Rahe în ultimele 6 luni care au precedat primul episod de RtAM, sugerând importanţa stresului în apariţia intoleranţei de tip alergic la unele medicamente.

Diferenţierea sublotului cu tulburări psihosomatice care nu mimează alergia sau pseudoalergia de cel format din bolnavi cu alergie şi pseudoalergie reală, medicamentoasă, s-a putut face pe baza reacţiei bolnavilor respectivi la testele de provocare cu medicamente bine tolerate ulterior din punct de vedere clinic. Tulburările psihosomatice acuzate de aceşti bolnavi au apărut în special în primul moment al testării, cel al administrării prealabile a unui preparat placebo despre care bolnavul credea că este vorba de un preparat clinic activ la care testele de laborator indicaseră probabilitatea unei toleranţe complete.

Parametrii psihologici	Subpopulaţii de pacienţi cu reacţii de tip alergic la medicamente	
	Simptome mimând alergia	Simptome alergice sau pseudoalergice
1. Evenimente biografice stresante	↑↑↑↑	↑↑↑
2. Vulnerabilitate crescută la stres (MMPI)	↑↑↑↑	↑↑
3. Simptome nevrotice		
- absente	0	↑↑↑
- puţine (<3)	↑	↑↑
- frecvente (>3)	↑↑↑↑	↑

3. <u>Relaţia dintre trăsăturile de personalitate, antecedente stresante şi simptomele nevrotice</u>

Concluzionând asupra acestei relaţii pe baza lucrărilor noastre mai sus menţionate, se pot emite următoarele concluzii:

❑ **Factorul permeabilizant pentru instalarea RtAM ca şi a unor tulburări nevrotice secundare RtAM a fost vulnerabilitatea generală faţă de stres a majorităţii bolnavilor**, probată de rezultatele testării psihologice (MMPI) unde s-au obţinut valori caracteristice bolnavilor cu nevroze (triada nevrotică: Hs + D + Hy) la 55,7% cazuri din primul sublot (cu tulburări nevrotice mai reduse) şi la 90% dintre bolnavii celui de-al doilea sublot (cu tulburări nevrotice cronice şi reacţii zgomotoase psihosomatice la testarea Placebo).

❑ La marea majoritate a bolnavilor cu RtAM - 82,3% din cei 79 bolnavi cu reacţii exclusiv alergice sau pseudoalergice la medicamente şi 100% din cei

40 bolnavi cu RtAM iniţiale urmate de tulburări psihosomatice la administrarea de Placebo - s-a constatat, înaintea declanşării primelor RtAM, **prezenţa unor stresuri majore în biografia lor, amplificate ulterior de experienţa psihotraumatizantă a accidentelor medicamentoase**, inclusiv teama faţă de eventualitatea repetării lor.

❑ **Simptomele nevrotice** evidenţiate de noi la bolnavii cu RtAM (apreciate în prezent ca "tulburări nevrotice ale personalităţii") au fost prezente la aceşti bolnavi, fie sub **forma izolată: 1-2 tulburări** (ex.: anxietate şi depresie) cu evoluţie pasageră, fie **grupate în adevărate "sindroame nevrotice"** şi având un caracter evolutiv cronic.

Se poate afirma, **pe baza rezultatelor obţinute sus menţionate, că bolnavii cu RtAM sunt în marea lor majoritate veritabili nevrotici** şi anume:

- *bolnavi prezentând exclusiv tulburări psihice şi psihosomatice ample, ce apar la fiecare nouă administrare* de medicament (sau Placebo), ca urmare a unor reacţii alergice sau pseudoalergice medicamentoase anterioare reale, iniţiale (sublotul B). Aceşti bolnavi constituie în totalitate o populaţie nevrotică (95% dintre ei au evidenţiat peste 5 simptome nevrotice la chestionarul Predescu - Nica-Udangiu). Vulnerabilitatea lor la stres este extremă iar perioada de dinaintea apariţiei primelor RtAM reale a fost marcată, la toţi aceşti bolnavi, de stresuri psihice majore sau numeroase;

- *bolnavi cu RtAM bine exprimate sub raport diagnostic şi având un tablou de tulburări psihosomatice redus*, ei nereacţionând prin astfel de simptome, nici la preparate Placebo şi nici la alte medicamente care le-au fost administrate ulterior (sublotul A).

Chiar şi la aceşti bolnavi s-au înregistrat numeroase stresuri psihice majore în perioada anterioară debutului RtAM şi, de asemenea, li s-a evidenţiat o vulnerabilitate faţă de stres crescută - dar nu de o amplitudine similară celei a bolnavilor nevrotici sau a celor din sublotul B. Referitor la prezenţa simptomelor nevrotice, **aceşti bolnavi "autentici" alergici sau pseudoalergici la medicamente, se împart în două subpopulaţii**:

a) **nevrotici** - dar cu un număr de simptome mult mai redus decât cei din sublotul B şi fără tabloul de tulburări psihosomatice zgomotoase al acestora în situaţia administrării unor noi medicamente sau la preparatele Placebo.

b) **bolnavi fără nevroze sau cu acuze nevrotice reduse**;

Ceea ce ni se pare interesant este că diferenţa, din punct de vedere a simptomatologiei nevrotice (dar pe un număr redus de cazuri), între bolnavii alergici la medicamente (de ex.: Penicilina) şi cei cu pseudoalergii medicamentoase (de regulă, la aspirină şi alte AINS) pe care i-am studiat, a constat în aceea că *simptomele nevrotice au fost reduse sau absente numai la cei cu alergie "pură" medicamentoasă.* Nu putem să generalizăm aceste observaţii deoarece am întâlnit, în alte ocazii, bolnavi -mari nevrotici - cu antecedente de reacţii alergice la Penicilină şi alte medicamente diferite de AINS.

În concluzie se poate afirma că (vezi Tabelul 1):

❑ *Bolnavii cu RtAM prezintă extrem de frecvent tulburări psihice*, având şi o posibilă relaţie cu o "cantitate" mai mare de stres percepută;

❑ *O mare parte dintre ei este reprezentată de bolnavi nevrotici*, iar dintre aceştia, un număr important reacţionează disproporţionat - prin *tulburări psihosomatice ample ce mimează simptomatologia psihică a unor reacţii anafilactice sau anafilactoide anterioare* - atunci când li se administrează un nou medicament sau chiar preparate Placebo;

❑ Simptomatologia nevrotică, extrem de frecvent întâlnită la bolnavii cu RtAM (inclusiv faţă de astmatici) pare să fie *indusă secundar de către trăirea anxioasă a accidentului medicamentos*, această veritabilă reacţie somato-psihică faţă de RtAM se poate condiţiona la unii bolnavi (vezi sublotul B) dar ea realizează această "nevrotizare" secundară a pacientului numai în cazul preexistenţei unor trăsături (mergând până la tulburări) de personalitate ale bolnavilor respectivi ce le conferă acestora o importantă vulnerabilitate faţă de stres.

4. Abordarea psihosomatică a bolnavilor cu RtAM

Trebuie să se facă pe parcursul mai multor etape:

❑ ***Pentru bolnavul cu RtAM obiectivabile, fără dubii diagnostice***

1. **Analiza riguroasă a relaţiei de cauzalitate** (inclusiv pe baza unor testări alergologice, dintre medicamentele incriminate şi tabloul clinic relatat de bolnav sau înregistrat de către medic.

2. **Evaluarea stării de sănătate a bolnavului cu RtAM şi includerea pe lista medicamentelor necesare a celor ce nu se înrudesc cu medicamentele cauzale** ale RtA. Bolnavul trebuie convins de şansa lui de a tolera aceste medicamente, ca şi de faptul că, în condiţiile unei supravegheri stricte (cu "perfuzie de aşteptare ", etc.) - riscul este minim sau chiar absent. În plus, nu trebuie lăsat bolnavul să-şi administreze medicamente în lipsa unei supravegheri medicale, această asigurare - o dată luată - având şi un rol pozitiv în plan emoţional. Se va insista şi asupra unor **posibilităţi terapeutice din domeniul medicinii alternative**, dar şi a altor forme de terapie nemedicamentoasă (agenţi fizici, balneo- şi kinetoterapie, de ex.)

3. **Includerea obligatorie a unui test la Placebo**, înaintea testului de provocare cu medicamentul propriuzis (absenţa simptomelor după Placebo, rupe cercul vicios anterior între administrarea noului medicament şi simptomele alergice cu apariţie promptă la medicamentele "vechi");

4. Încheierea fiecărui "episod" reuşit de administrare a unui medicament (tolerat de bolnav) cu **dezvoltarea, la acesta, a unei viziuni optimiste** asupra perspectivei sale terapeutice incluzând bolile actuale cât şi ocaziile frecvent întâlnite (viroze, probleme stomatologice, traumatisme, etc.) care vor necesita fortuit terapie medicamentoasă.

❑ **Bolnavul nevrotic ce mimează alergia medicamentoasă**

Există *bolnavi neurotici, fără experienţă trăită a unui "accident alergic medicamentos"*, care -impresionaţi de ceea ce au văzut ori auzit despre RtAM la alte persoane (mai ales rude) - pot avea simptome ce mimează, în planul acuzelor subiective, alergia.

Mai frecvent sunt întâlniţi pacienţii descrişi deja, care au trăit "pe pielea lor" reacţiile alergice şi devin timoraţi, mimând apoi reacţiile respective cu ocazia administrării altor medicamente.

Marii nevrotici trebuie obligatoriu îndrumaţi spre consultul psihiatric dar obligaţia medicului alergolog este de a le soluţiona problema relaţiei dintre simptomele lor, în special subiective, şi medicamentele presupuse a fi alergene cauzale ale simptomelor respective. Pentru bolnavii nevrotici din prima categorie (nevroticii puri, fără antecedente de RtAM) este suficient adesea un test de provocare la o fiolă de ser fiziologic, prezentată drept "medicament".

Pentru bolnavii nevrotici cu antecedente de RtAM dar cu reacţii ulterioare neuro-vegetative psihosomatice - mimând tabloul simptomelor (subiectiv în special) ale accidentului medicamentos real, trăit în trecut - conduita medicului alergolog trebuie să fie aceeaşi ca şi în cazul bolnavilor cu reacţii alergice şi pseudoalergice veritabile la medicamente (survenind în continuarea episodului iniţial), deci cele 4 etape descrise mai sus, dar aceşti bolnavi pot fi trimişi la psihiatru numai după ce au fost instruiţi asupra modului în care vor trebui să coopereze cu medicul în cazul administrării medicamentului şi, mai ales, dacă asigurările date de către medicul alergolog curent nu au reuşit să-i detensioneze din punct de vedere psihic.

Bibliografie

1. *Bousquet J, Godard Ph, Michel FB (eds): Allergologie, Ellipses, Paris 1993.*
2. *Iamandescu IB - Considerations on some psychological and psychiatric aspects of allergy, based on personal studies, Rev.Roum.Psychol. Sciences Sociales - Psychol. 1987, 31, 1, 81-84.*
3. *Iamandescu IB - Principles of psychosomatic approach to allergic patients. Rev.Roum-Psychol. 1993, 37, 1, 79-89.*
4. *Iamandescu IB-Manual de Psihologie Medicală. Infomedica, Bucureşti, 1995.*
5. *Iamandescu IB, Popa-Velea O. Neurotic symptomatology in allergic and in non allergic asthma patients. Allergy 1995, 50, 26, 310.*
6. *Iamandescu IB, Popa-Velea O, Mazuru Georgiana - Psychological parameters in patients with allergic and pseudoallergic reactions to drugs. Allergy, 1997, 52, suppl, 37, 127.*
7. *Predescu V, Nica-Udangiu St. The etiologic factyors in neurasthenica. Rev.Roum.Psychiat. Neurol. Psychol. 1977, 15, 1, 25-33.*
8. *Seropian E. Alergia respiratorie şi digestivă. Ed.Medicală, Bucureşti, 1972.*
9. *Seropian E., Iamandescu IB.-False reacţii alergice la medicamente induse de experienţa psihotraumatizantă a unor şocuri anafilactice la peniciline. Viaţa Medicală, 1980, 37, 401-403.*
10. *Van Arsdel PP Jr. Adverse drug reactions. 1389-1414 In: E.J.Middleton, C.E.Reed, E.F.Ellis (eds). Allergy. Principles and Practice. Mosby St.Louis, Toronto, 1983.*
11. *Vervolet D. Drug allergy pp. 185-192. In: UCB-Allergy Manual. UCB Pharm.Sect.Braine - L'Alleud, 1992.*

***

Capitolul 4

PSIHOSOMATICĂ ENDOCRINOLOGICĂ

Fraga Paveliu, Sorin Paveliu

I. Sindroame psihoneuroendocrine (dereglări endocrine aparent exclusiv psihogene)

Sindroamele psihoneuroendocrine reprezintă o expresie a răspunsului organismului uman la acţiunea stresului cronic (amenoreea şi impotenţa psihogenă, nanismul psihosocial, sindromul „bolii eutiroidiene", hipocorticismul central) sau reprezintă tulburări psihice ale comportamentului alimentar: anorexia şi bulimia nervoasă, obezitatea.

Tabelul 1. Patologia psihoneuroendocrină (după Coculescu M.)

1. Patologia endocrină de stres
Amenoreea de stres
Deficitul sexual de stres al bărbatului
Pseudociesis (Sarcina fantomă)
Sindromul "bolii eutiroidiene" (Euthyroid sick syndrome)
Nanismul psihosocial
Hipocorticismul central
2. Patologia comportamentului alimentar
Anorexia nervoasă
Bulimia nervoasă
Neuroendocrinologia obezităţii

Bolile cunoscute ca având etiologie psihică aparent exclusivă şi mecanism patogenic neuroendocrin demonstrat sunt relativ puţine, însă numărul lor

creşte rapid, odată cu progresul endocrinologiei, proces ce are drept consecinţă utilizarea neurohormonilor în tratamentul acestor boli.

Stresul cronic acţionează asupra sistemului endocrin prin două mecanisme fiziopatologice: amplificarea şi disprotecţia (după Coculescu M.) (Tabelul 2).

Tabelul 2. Mecanisme fiziopatologice prin care stresul cronic acţionează asupra sistemului endocrin

Amplificare	**Disprotecţie (exagerarea „stingerii“ reacţiei endocrine la stres acut)**
- amenoree şi infertilitate	- hipocorticism central
- disfuncţii sexuale la bărbat	- nanism psihosocial
- imunosupresie	
- hipercorticism reactiv	

1. Amenoreea de stres

Amenoreea hipogonadotropică sau amenoreea secundară apare prin alterarea bioritmului circadian al secreţiei de GnRH şi secundar al LH, fără leziuni organice.

Amenoreea hipogonadotropică este datorată unor cauze diverse. Cea mai frecventă formă dobândită de amenoree hipogonadotropică este de natură psihogenă, survenind în asociere fie cu stresul emoţional acut, fie cu cel cronic (Williams W. Beck Jr.).

Amenoreea de stres se produce brusc – uneori fiind precedată de dereglări ale ciclului menstrual – în urma unei emoţii puternice, a unei traume afective, a unor stări de tensiune psihică, etc. (Dumitrache C. şi colab.).

Amenoreea din anorexia nervoasă este expresia unui dezechilibru secretor de prolactină cu o hipersecreţie exagerată în condiţii de stimulare şi care contribuie la reducerea secreţiei de LH. Amenoreea din anorexia nervoasă este consecinţa unor factori endocrino-metabolici. Poate fi şi consecinţa unor disfuncţii hipotalamice.

Clinic, manifestările sunt următoarele: amenoree (minim 4 luni), anovulaţie, reducerea caracterelor sexuale secundare, frigiditate, semnele cauzei (stres/efort fizic intens/anorexie nervoasă/pseudociesis - sarcina fantomă). Din punct de vedere al testelor de **laborator** este o amenoree prin disfuncţie hipotalamo-hipofizară (tip II OMS): estradiolul plasmatic este suficient pentru ca administrarea de progesteron să declanşeze menstra, există pulsaţii mai rare ale LH şi FSH. Tratamentul conţine: Clomifen 50 mg x 5 zile/lună per os sau LHRH i.v., s.c. pulsatil la 90 de minute.

Figura 1. Algoritm diagnostic pentru femei cu amenoree secundară sau infertilitate (după M. Coculescu)

Amenoree secundară → PRL
PRL → Normal → Test la progesteron
PRL → Hiperprolactinemie → Tumorală / Funcţională
tumori cu celule lactotrofe sau tumori cu sindrom de tijă
Test la progesteron → Nu apare menstra → Test estroprogestativ
Test la progesteron → Menstra → pulsaţii rare ale LH şi FSH → Disfuncţie hipotalamo-hipofizară
Menstra → LH/FSH>3 → Ovar polichistic
Test estroprogestativ → Menstra → FSH
FSH → Crescut → Insuficienţă ovariană primară
FSH → Scăzut → Insuficienţă hipofizară → tumorală / netumorală
Test estroprogestativ → Nu apare menstra → Leziune de tract genital

Grupa OMS: V (Tumorală), VI (Funcţională), II (Disfuncţie hipotalamo-hipofizară), II (Ovar polichistic), III (Insuficienţă ovariană primară), VII (tumorală), I (netumorală), IV (Leziune de tract genital)

2. Deficitul sexual de stres al bărbatului

Stresul poate provoca o **insuficienţă orhitică de tip hipotalamic hipogonadotrop,** similară cu amenoreea de stres a femeii, cu deficit în producţia de testosteron, sau poate declanşa **tulburări de dinamică sexuală**, fără substrat hormonal aparent. Numai tulburările sexuale funcţionale cu deficit endocrin beneficiază de terapie hormonală.

În etiopatogenie intervin **amplificarea reacţiei endocrine fiziologice de stres şi factorii psihologici din copilărie şi adolescenţă**; orice condiţie psihologică sau psihiatrică asociată cu teama (anxietatea) sau depresia, poate conduce la **impotenţă sau ejaculare precoce**. Factorul decisiv este reprezentat de nivelul stresului (Coculescu M.).

Criteriile de diagnostic sunt reprezentate de nivelul scăzut de testosteron în asociere cu un nivel normal sau redus de hormoni gonadotropi; trebuie făcut diagnostic de excludere a unei eventuale cauze organice, a insuficienţei hipotalamo-hipofizare.

Dintre **metodele de tratament** se pot menţiona preparatele hormonale - hormonii androgeni, gonadoliberinele - eficiente când nivelul testosteronului plasmatic este diminuat. Hormonii androgeni sunt eficienţi în corecţia comportamentului; gonadoliberinele (GnRH) restabilesc secreţia pulsatilă a LH şi FSH, corectând atât deficitul hormonal cât şi spermatogeneza. Psihoterapia, în aceste cazuri, este obligatorie. De asemenea, trebuie evitat efortul fizic major.

3. Pseudociesis (sarcina fantomă)

Pseudociesis este un sindrom nepsihotic în cadrul căruia, la o femeie convinsă că este gravidă (deşi nu este), apare amenoree însoţită de unele semne clinice de sarcină. Este o formă de amenoree neurogenă ce apare mai frecvent postpubertar sau în premenopauză.

4. Sindromul „bolii eutiroidiene"

Prin sindromul bolii eutiroidiene se înţelege **scăderea nivelului de T_3 şi/sau T_4 fără o creştere a TSH seric, ca urmare a stresului cronic** determinat de bolile acute sau cronice ale organismului.

Bolile non-tiroidiene pot afecta funcţia tiroidiană la orice nivel, inclusiv secreţia hormonală, transportul şi metabolismul hormonilor tiroidieni.

Cele mai importante alterări comune majorităţii proceselor patologice, sunt cele care implică transportul hormonilor tiroidieni şi căile metabolice.

În stresul cronic provocat de afecţiunile sistemice acute sau cronice sau de traumatisme accidentale sau chirurgicale apare de obicei o diminuare accentuată a concentraţiei serice de T_3 care, ocazional, poate să scadă până la nivele nedetectabile prin evaluările clinice de rutină. Datorită acestor rezultate şi aparentei lipse de simptome şi semne compatibile cu diagnosticul de hipotiroidism, a fost introdus termenul de sindrom al "bolii eutiroidiene" (sindrom cu nivel scăzut de T_3). Aceste expresii nu sunt cele mai potrivite.

În afara scăderii concentraţiei serice a T_3, trebuie avută în vedere şi posibilitatea ca nivelele hormonale tisulare să nu fie profund diminuate, sau ca valorile concentraţiei tisulare de T_3 să fie adecvate pentru modificări concomitente ale densităţii receptorilor săi tisulari. Sindromul „bolii eutiroidiene“ prezintă trei forme:

- **forma comună cu eutiroidie;**
- **forma cu T_4 crescut** reprezentată prin semne şi simptome de hipertiroidie;
- **forma severă cu semne şi simptome de insuficienţă tiroidiană.**

Însă mulţi pacienţi au manifestări sugestive de hiper- sau hipometabolism. Este discutabil dacă aceste modificări metabolice sunt dependente de acţiunea hormonilor tiroidieni.

Sindromul „bolii eutiroidiene“ trebuie diferenţiat de hipotiroidismul primar, secundar şi terţiar; în acest sindrom, rT_3 este crescut, iar în hipotiroidism rT_3 este scăzut.

Tabelul 3. Diferenţierea între sindromul „bolii eutiroidiene" şi hipotiroidism (după Milcu Şt.)

	T_3	rT_3	T_4	TSH
Sindromul „bolii eutiroidiene“	↓	↑	cel mai frecvent este normal	cel mai frecvent este normal
Hipotiroidism	normal sau ↓	↓	↓	↑ (în hipotiroidismul primar)

Concentraţia serică a T_3 este de obicei redusă în mod disproporţional comparativ cu reducerile corespunzătoare ale nivelelor proteinelor de transport sau ale T_4.

În astfel de situaţii, nivelul absolut de triiodotironină liberă (T_3) este, de asemenea diminuat. Mecanismul responsabil pentru această reducere selectivă a T_3 seric implică degradarea hormonală prin monodeiodare tisulară, cu o scădere a conversiei T_4 la T_3.

Creşterea concentraţiei serice de revers-T_3, care însoţeşte de obicei nivelele reduse de T_3 se datorează probabil alterării clearance-ului. Acest aspect este în concordanţă cu activitatea diminuată a 5'-deiodazei, enzimă responsabilă nu numai de producerea de T_3 dar şi de degradarea rT_3.

Nivelul enzimelor hepatice induse de hormonii tiroidieni diminuă. Activitatea 5'-deiodazei se reduce, diminuând astfel conversia T_4 în T_3. Glutationul este cofactor în reacţia de deiodare. Ca urmare a aportului scăzut de glucide, disponibilitatea glutationului se reduce. Aportul de numai 50 g glucide la subiecţii în stare de inaniţie, ameliorează mecanismul de transformare a T_4 în T_3 la nivel periferic.

Tabelul 4. Diagnosticul de laborator al sindromului „bolii eutiroidiene" (după I. G. Totoianu, G. Vasilescu, 1993)

Sindromul „bolii eutiroidiene" (Euthyroid sick syndrome)			
Hormonii	**Forma comună cu eutiroidie (Low T_3 syndrome)**	**Forma gravă cu hipotiroidie (Low T_4 syndrome)**	**Forma tireotoxică**
LT_3	scăzut	normal	scăzut
TT_3	scăzut	normal	normal
TT_4	normal	scăzut	crescut
LT_4	uşor crescut	scăzut	crescut
rT_3	crescut	crescut sau normal	normal sau crescut
TSH	normal	normal sau diminuat	normal sau scăzut

LT_3= triiodotironina serică liberă; TT_3= triiodotironina totală (liberă şi legată de proteine vectoare); TT_4= tiroxina totală (liberă şi legată de proteine vectoare); LT_4= tiroxina serică liberă; rT_3= revers triiodotironina.

5. Nanismul psihosocial

Nanismul psihosocial este un sindrom psihoendocrin reprezentând expresia mecanismului de disprotecţie prin care stresul cronic acţionează asupra sistemului endocrin.

Contextul clinic şi social de apariţie a nanismului poate fi foarte diferit. Sunt cunoscute deficitul statural şi întârzierea vârstei osoase, uneori şi a maturizării pubertare, survenite la copii instituţionalizaţi având inteligenţă normală, pe de o parte, precum şi la copii provenind din familii cu probleme, generatoare de carenţă psihoafectivă continuă şi intensă, pe de altă parte (Popa M.). În etiologia acestei boli, alături de deprivarea psiho-afectivă şi mediul familial dezorganizat, intervin şi tulburările de somn, precum şi carenţele nutriţionale. Copiii respectivi pot prezenta un comportament bizar, retras.

Majoritatea pacienţilor prezintă **valori normale ale rezervei hipofizare** de STH după testare prin diferiţi stimuli.

Există o mare asemănare între nanismul prin deprivare psihosocială şi nanismul hipofizar; chiar şi unele teste de funcţionalitate somatotropă pot fi parţial modificate. Astfel, testul la insulină dă rezultate sub limitele normale, dar se normalizează după remedierea situaţiei psihosociale nefavorabile. Somatomedinele sunt în limite normale.

Caracteristica esenţială a acestei tulburări de creştere este **reversibilitatea sa după remedierea factorului psihoafectiv**, uneori fiind prezent chiar fenomenul creşterii compensatorii.

6. Hipocorticismul central

Dintre factorii etiopatogenici ai hipocorticismului se menţionează acţiunea unui **factor stresant ce survine pe fondul unei insuficienţe corticosuprarenale cronice**, agentul stresant putând fi reprezentat de orice boală acută, stare febrilă, efort fizic, stres emoţional etc.

Patogenia hipocorticismului central este caracteristică disprotecţiei: se supresează producţia de cortizol pentru a evita răspunsul prelungit la acţiunea factorului stresant aplicat cronic. Supresia excesivă scade producţia bazală de hormoni corticosteroizi (Coculescu, 1996).

Manifestarea clinică este aceea de surmenaj: astenie, inapetenţă, hipotensiune arterială ortostatică.

Tratamentul constă în îndepărtarea agentului stresant, vitamina B_6, lecitină, ACTH (uneori).

7. Anorexia nervoasă

Refuzul alimentar şi vărsăturile provocate determină în timp condiţionări care, în urma denutriţiei şi a anemiei severe, produc dereglări hipotalamice şi insuficienţă hipofizară pluritropă.

În contextul celorlalte tulburări hipofizare (corticotropă şi tireotropă) **apar şi tulburări gonadale**, manifestate prin dereglări ale ciclului menstrual, finalizate cu amenoree (Dumitrache C. şi colab.).

În mecanismul de realizare a amenoreei din anorexia nervoasă intervin factori metabolici şi neuroendocrini, ca expresie a unei disfuncţii hipotalamice.

Sindromul apare la adolescente sub vârsta de 22 de ani şi se caracterizează prin ***triada clasică:*** **amenoree, scădere în greutate şi modificări ale**

comportamentului alimentar, mai ales anorexie, fără să se excludă şi perioade de bulimie.

Pe lângă semnele şi simptomele de malnutriţie protein-calorică sunt prezente şi tulburări psihice comportamentale.

Boala apare mai ales la fete în perioada postpuberală şi se caracterizează printr-o slăbire accentuată autoimpusă, ce are o frecvenţă de 4:100.000 (Kalney R. C. şi colab.) la populaţia generală, dar de 1:100 de fete adolescente (Kendell R. E şi colab.).

Anorexia nervoasă a câştigat importanţă în ultima perioadă, odată cu perfecţionarea metodelor biochimice şi fizice de apreciere a masei osoase.

Astfel, studii recente (Golden N. H. şi colab. - 1992) au demonstrat că amenoreea prelungită predispune la osteopenie, apoi osteoporoză care poate fi ireversibilă, afectând grav şi starea de sănătate a pacientelor la vârstă adultă. Ea se datorează deficitului cronic de estrogeni, cauză de amenoree.

S-au mai descris şi alte modificări ale sistemului neuroendocrin, reflectând, în bună parte, o adaptare a sistemului endocrin la stres.

Modificările funcţiei tiroidiene observate la pacientele cu anorexie nervoasă sunt asemănătoare celor constatate în cursul deprivării calorice. Semnele şi simptomele care apar pot sugera existenţa unui hipotiroidism. Persoanele cu anorexie prezintă tegumente uscate şi reci, o temperatură scăzută a organismului, constipaţie, amenoree. Nivelul scăzut al concentraţiei T_3, concentraţia mare a revers T_3 şi diminuarea răspunsului TSH la TRH, au tendinţa de a ameliora, dacă nu chiar de a normaliza, creşterea ponderală (De Groot L., 1996).

În amenoreea din anorexia nervoasă se constată nivele scăzute de FSH, LH precum şi de estrogeni. Nivelurile de prolactină sunt în limite normale.

8. Bulimia nervoasă

Profilul neuroendocrin din bulimia nervoasă prezintă o oarecare suprapunere, atât cu anorexia nervoasă, cât şi cu depresia. Asemănările dintre anorexia nervoasă, depresie şi bulimie includ **lipsa supresiei la testul de supresie cu dexametazonă şi un răspuns anormal al hormonului de creştere la TRH**. Pacienţii ce suferă de bulimie, ca şi cei cu anorexie, tind să aibă un răspuns întârziat al TSH la TRH, niveluri bazale de prolactină reduse, şi pot avea un **răspuns exagerat al prolactinei la TRH**. Există date care sugerează faptul că bulimicii pot prezenta un profil gonadotropinic diferit de subiecţii cu anorexie nervoasă sau cu depresie, ca şi cu alte endocrinopatii. Deşi multe dintre aceste anomalii pot reflecta existenţa malnutriţiei în ciuda greutăţii corporale în limite normale, alţi factori, încă neidentificaţi sunt consideraţi a contribui la dereglările endocrine observate în cadrul bulimiei.

S-au mai descris şi alte modificări ale sistemului neuroendocrin la stres.

Astfel se activează axul hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenalian, cu creşterea nivelurilor de cortizol şi inhibarea axului gonadic sau tiroidian.

II. Boli endocrine plurietiologice cu componentă psihogenă importantă

A. Aspecte psihosomatice ale principalelor endocrinopatii

În etiopatogenia plurifactorială a majorităţii afecţiunilor endocrine sunt invocaţi factorii ereditari, nutriţionali, fizico-chimici sau biologici etc., dar şi factorii psihici. Analiza acestora din urmă este limitată, în cadrul paragrafului de faţă, la bolile tiroidei.

B. Rolul stresului în patologia tiroidiană

Bolile psihosomatice - definite, chiar şi în prezent, extrem de eterogen - includ la loc de frunte hipertiroidismul.

Indiferent de posibilul substrat imunologic al uneia dintre formele de hipertiroidism (boala Basedow), manifestările patologice întâlnite în acest sindrom au la baza apariţiei lor intervenţia sistemului nervos, perturbat în cursul unei reacţii acute (brutale) sau cronice (prelungite) de stres psihic. Aşa cum s-au conturat mecanismele patogenice ale stresului în ultimele decenii (v. Poenaru - 1986 şi Iamandescu - 1993) există posibilitatea ca această reacţie generală de suprasolicitare a organismului să afecteze una dintre verigile reglatorii, cea endocrină - de exemplu (studiată iniţial de Selye), implicate în medierea transmiterii impulsurilor cortico-neurovegetative la organele ţintă periferice.

1. Argumente epidemiologice şi experimentale

Este deci explicabilă valabilitatea unor observaţii epidemiologice care pun în relaţie cronologică (dar cu mari posibilităţi cauzale) prezenţa unor evenimente stresante majore anterior debutului bolii Basedow, dar şi a altor forme de hipertiroidism. Astfel de evenimente, precum decesele celor apropiaţi (accidentele) (experienţele Luban-Plozza şi colab.), deportările, persecuţiile politice, bombardamentele, grijile materiale, profesionale sau conjugale au fost observate frecvent înainte de apariţia hipertiroidismului.

Manifestările psihice din hipertiroidism sunt justificate prin influenţa - bine demonstrată - a sistemului nervos central asupra tiroidei (cu includerea produşilor de secreţie ai acestei glande în rândul hormonilor de stres). Nu este însă exclusă nici acţiunea realizată de stres, cu implicaţii asupra sistemului imun şi cu modificări imunologice consecutive ce pot fi implicate în patogeneza uneia dintre formele de hipertiroidism, de exemplu boala Basedow.

1.1 Intervenţia stresului psihic la animale

Multe dintre modificările funcţiei tiroidiene pot fi datorate în parte stresului.

Poate că cel mai dramatic studiu al stresului emoţional a fost raportat de Krocht, care a descoperit că **stresul a provocat tireotoxicoză la iepurii sălbatici**. Deşi

acelaşi tip de stres poate determina secreţia de hormoni tiroidieni la animalele sălbatice, acest efect este puţin probabil să apară la om. Creşterea activităţii corticosuprarenalei indusă de stres tinde nu numai să supreseze eliberarea de TSH, dar şi să inhibe conversia lui T_4 în T_3.

1.2 Intervenţia stresurilor chirurgicale

La animale intervenţiile chirurgicale experimentale au fost utilizate ca o metodă de a studia efectul stresului asupra fiziologiei glandei tiroide. Studiile la oameni au pornit de la suspiciunea că hormonii tiroidieni ar putea media modificările metabolice postoperatorii care conduc la consum crescut de oxigen şi catabolism proteic. Unele discrepanţe în datele disponibile se datorează lipsei uniformităţii în loturile de pacienţi studiaţi în privinţa stării clinice a bolnavului înainte de intervenţia chirurgicală, în privinţa tipului de intervenţie chirurgicală, a anestezicelor şi a altor medicamente utilizate, precum şi în privinţa evoluţiei postoperatorii incluzând alimentaţia şi perioada de convalescenţă.

Cea mai importantă modificare a funcţiei tiroidiene constă în **scăderea concentraţiilor serice de T_3 total şi T_3 liber la scurt timp după intervenţia chirurgicală; concentraţiile de revers T_3 sunt crescute în perioada postoperatorie.** Toate acestea sugerează o deviere de la căile normale de deiodurare a T_4. Nivelele de T_4 liber pot fi de asemenea scăzute în perioada postoperatorie, dar într-o mai mică măsură. Această reducere clară a concentraţiilor formelor active ale tromonilor tiroidieni este precedată de o creştere uşoară, de scurtă durată, a concentraţiilor T_4 liber şi T_3 liber în cursul intervenţiilor chirurgicale. Dimensiunea reducerii ulterioare a nivelului T_3 pare să se coreleze cu severitatea traumelor şi morbiditatea din timpul evoluţiei postoperatorii. Concentraţiile serice ale TSH tind de asemenea să diminueze).

Deoarece trauma chirurgicală determină o creştere promptă a nivelelor cortizolului plasmatic, iar aportul de hrană este oprit în perioada pre-, intra- şi postoperatorie, nu a fost luată în considerare posibilitatea ca glucocorticoizii şi lipsa aportului alimentar să fie principalii factori determinanţi ai modificărilor observate în funcţia tiroidiană.

Totuşi, Brandt şi colab. au descoperit diminuări la fel de mari ale concentraţiilor serice ale T_3 atunci când intervenţia chirurgicală s-a efectuat sub anestezie epidurală, care are proprietatea de a aboli creşterea nivelurilor cortizolului plasmatic. În mod asemănător, perfuzarea de glucoză ar trebui să prevină modificările nivelelor T_3 şi revers T_3 seric dacă lipsa aportului alimentar a jucat un rol major în producerea modificărilor observate cu ocazia intervenţiilor chirurgicale.

1.3 Stresul psihic acut la bolnavii psihici

Datele despre efectele stresului emoţional asupra funcţiei tiroidiene la om sunt în principal derivate din studiile efectuate la pacienţii cu tulburări psihice.

Astfel, chiar şi în cazul în care sunt luaţi în studiu doar pacienţii cu decompensare psihică acută, rezultatele obţinute depind de natura afecţiunii psihice, de istoricul lor şi de administrarea de medicamente. O primă ipoteză a unei secreţii hormonale intensificate a apărut după observarea unui nivel seric crescut al proteinei fixatoare de iod (PBI) la pacienţii cu boli psihice aflaţi sub influenţa unui stres emoţional, precum şi la studenţii la medicină în timpul desfăşurării examenelor semestriale. În studii mai recente, **creşterile nivelurilor de T_4 liber au fost înregistrate în mod constant în timpul internării pacienţilor cu afecţiuni psihice care prezintă manifestări acute.** Incidenţa a avut valori între 7 şi 18%. Într-un studiu, un număr egal de pacienţi (9%) au prezentat un nivel scăzut al T_4 liber. În majoritatea cazurilor, valorile s-au normalizat în timp şi după tratarea afecţiunii psihice. Răspunsul TSH-ului la TRH este diminuat sau chiar absent la majoritatea pacienţilor psihiatrici cu T_4 liber crescut. Anomaliile semnificative ale concentraţiei T_3 seric sunt rare.

1.4 Stresul psihic cronic

Întrucât nu există dovezi că traumele psihice pot determina în mod constant apariţia bolii Graves, medicii clinicieni urmăresc existenţa unui istoric de stres emoţional cu puţin timp înainte de apariţia primelor simptome ale bolii Graves. De exemplu, incidenţa crescută a tireotoxicozei în Danemarca în timpul celui de-al II-lea Război Mondial a fost atribuită stresului psihic cronic.

Majoritatea studiilor privind incidenţa episoadelor stresante din viaţa pacienţilor cu boală Graves nu indică o frecvenţă mai mare a acestor evenimente comparativ cu grupul de control, deşi unele date susţin această asociere. Desigur, se poate susţine în mod legitim ideea că în această boală terenul endocrin şi cel imunologic constituie factori permisivi pentru efectele patogene ale stresului psihic.

Pacienţii cu boală Graves nu par a avea personalitate anormală înainte sau după boală, dar este foarte posibil ca manifestările neuropsihice ale bolii să modifice secundar comportamentul acestor bolnavi. Un indice crescut al tiroxinei libere (FT_4I) apare la aproximativ 20% din pacienţii cu psihoză acută şi în decursul câtorva săptămâni revine la normal. Această creştere nu are o legătură clară cu administrarea anterioară a medicamentelor psihotrope, deşi aceasta ar putea constitui o explicaţie posibilă.

Mecanismul implicării stresului psihic este următorul: hormonii glucocorticoizi deprimă, probabil, producţia de TRH, şi deprimă în mod cert secreţia de TSH şi responsivitatea hipofizară la TRH. O acţiune directă asupra tiroidei este mai puţin clară. De asemenea, **glucocorticoizii scad deiodurarea T_4 în T_3.** Dacă cortexul suprarenalei răspunde normal la stres printr-o producţie crescută de glucocorticoizi, producţia de hormoni tiroidieni şi imunitatea ar trebui să fie scăzute, nu crescute. **Secreţia glandei suprarenale este în mod categoric crescută în boala Graves, dar acest lucru s-ar putea**

să nu fie valabil la debutul bolii. La un individ cu susceptibilitate genetică, răspunsul suprarenalian la stres ar putea, cel puţin teoretic, să modifice funcţia limfocitelor supresoare sau T helper, să augmenteze un răspuns imun anterior şi să iniţieze boala Graves clinică. Glucocorticoizii au, totuşi, în principal o acţiune imunosupresoare, deşi mecanismul este neclar. Ei par a depresa atât limfocitele T helper, cât şi pe cele supresoare, fără ca - în majoritatea studiilor - să le modifice în mod clar raportul.

1.5 Activarea sistemului nervos simpatic

Stimularea sistemului nervos simpatic ar putea fi implicată într-o activare indusă de stres a tiroidei. La animale, agoniştii alfa-adrenergici inhibă secreţia de TSH. Acest efect este variabil şi nu este prezent la oameni. La oameni nici agoniştii alfa, nici cei beta nu modifică răspunsul hipofizar la TRH. Agoniştii alfa-adrenergici produc de obicei stimularea directă a sintezei şi eliberării hormonilor tiroidieni la animale *in vivo* şi *in vitro*, iar stimularea nervului simpatic cervical creşte secreţia hormonală. Agoniştii beta-adrenergici determină de asemenea secretarea de hormoni tiroidieni la animale. Nici blocada alfa-adrenergică, nici blocada beta-adrenergică nu s-a demonstrat că modifică eliberarea de hormoni tiroidieni la oameni. Blocada beta-adrenergică inhibă conversia tisulară periferică a T_4 în T_3, scade nivelul T_3 seric şi poate creşte ocazional nivelul T_4, dar nu s-a demonstrat că ar afecta direct secreţia de hormoni tiroidieni. Numeroase studii din literatură **indică faptul că sistemul nervos autonom reprezintă o cale improbabilă de activare tiroidiană în boala Graves.**

2. Trăsături de personalitate ale bolnavilor hipertiroidieni

Referitor la **analiza unor trăsături psihologice în sfera personalităţii** la bolnavii hipertiroidieni, este important de stabilit dacă anumite trăsături psihologice evidenţiate la nivelul observaţiilor clinice şi al metodelor psihometrice realizează sau nu un profil de personalitate specific hipertiroidismului. În virtutea influenţei, şi ea demonstrată, a hormonilor tiroidieni, concretizată prin modificări ale echilibrului ionic, cu consecinţe asupra cronaxiei şi metabolismului celulei nervoase (Athanasiu), datele din literatură converg asupra unor trăsături afectiv-comportamentale, precum "**neliniştea motorie şi interioară, agitaţia şi iritabilitatea permanentă**" (Luban-Plozza şi colab.) sau labilitatea emoţională, interpretată de Danielopolu, specifice hipertiroidienilor. Aceste trăsături psihologice accesibile observaţiilor clinice sunt adeseori sesizate cu mulţi ani înainte de apariţia bolii, motiv pentru care se poate formula ipoteza unei "fragilităţi de organ" (conform teoriei lui Adler), care la viitorul pacient hipertiroidian, ar putea reprezenta o **tendinţă spre creşterea rapidă a secreţiei hormonilor tiroidieni sub acţiunea diverşilor stimuli electivi, în special a celor nervoşi.**

Important apare faptul că, din punct de vedere fiziologic reacţia la stres a acestor bolnavi (experimentul lui Flagg cu prezentarea unor filme stresante) conduce la un răspuns al secreţiei tiroidiene mai prompt şi mai intens.

Din aceste motive, chiar şi rezultatele testării psihologice a bolnavilor hipertiroidieni au fost interpretate ca aparţinând structurii personalităţii (având atributul stabilităţii) acestor bolnavi.

Astfel, s-au citat: răspunsul masiv, de tip arhaic şi agresiv la frustrare, corespunzând unei dorinţe inconştiente de moarte (Ham, Alexander şi Caramidul) sau tendinţa impulsivă la sarcini repetate (Lidz) (autor citat de Athanasiu).

În planul observaţiei clinice, atrage atenţia extrema sensibilitate a bolnavilor hipertiroidieni (85% femei), cu **o alternanţă crescută între mânie şi iritabilitate**. Indiferent de faptul că aceste trăsături deja propuse ar putea fi completate cu altele, în funcţie şi de natura testelor utilizate, este posibilă existenţa unui evantai de trăsături psihice ce pot fi observate la bolnavii hipertiroidieni.

Toate consideraţiile teoretice de mai sus ne obligă la **rezerve asupra aprecierii trăsăturilor psihice ale bolnavilor hipertiroidieni ca fiind incluse în sfera personalităţii** (ele putând fi prezente doar temporar, paralel cu evoluţia bolii) dar, tot **consideraţiile respective, ne sugerează posibilitatea** unei obiectivări a unor modificări psiho-comportamentale ce par a avea o mai mare stabilitate. Stabilitatea aceasta poate avea la bază o **existenţă de lungă durată la aceşti bolnavi a unui tonus tiroidian crescut, care, în virtutea unei interrelaţii dintre glanda tiroidă şi sistemul nervos** (azi concepute ca un "tot funcţional", anticipat de pionierii neurocriniei, de la GH.T.Popa spre zilele noastre), **poate să contureze specific (în afectivitate, mai ales, şi în comportament) un tip de personalitate,** care - spre deosebire de profilurile specifice unor boli psihosomatice, elaborate de Dunbar - este secundar modificărilor endocrin-psihice induse de boală.

3. Analiza unor trăsături de personalitate la bolnavii hipertiroidieni - studiu personal

Dintre trăsăturile considerate ca fiind în concordanţă cu observaţiile noastre clinice, am constatat ca fiind relevante: **anxietatea, impulsivitatea şi tendinţa spre activitate**, motiv pentru care am fost înclinaţi să apelăm la un test de personalitate (Chestionarul „Vitrail", al lui G. Morin) care include parametrii de bază ai personalităţii şi primele două din trăsăturile de mai sus.

Testarea psihologică decelează următoarele caracteristici psihologice:

- Prezenţa şi evaluarea anxietăţii (printr-o listă pe care pacienţii trebuiau să bifeze răspunsurile potrivite, conţinute de scala de anxietate Taylor din componenţa inventarului multifazic de personalitate de la Minnesota) (MMPI).
- Tipul de personalitate (prin chestionarul Vitrail).

Referitor la acest test, vom încerca o prezentare a sa în detaliu, deoarece este pentru prima dată când a fost utilizat în ţara noastră (concomitent cu utilizarea sa de către o parte din autorii prezentei lucrări într-o altă cercetare) (Iamandescu I. B.).

Diferitele sectoare ale testului (în varianta Caillé) sunt apreciate cu valori numerice în jurul mediei de 4,5 - 5 şi crescute peste 5 (scala fiind cuprinsă între 0 şi 16). Au fost investigate:

A. Impulsivitatea
- optimismul;
- nevoia fizică de acţiune şi acţiuni spectaculoase;
- pregătirea insuficientă a acţiunilor;
- inerţia paradoxală la debutul acţiunilor pe termen lung;
- nerăbdare, toleranţă redusă la frustrare.

B. Voinţa
- organizarea activă a profesiei şi vieţii profesionale;
- tendinţe spre rol notabil în viaţa socială;
- spirit de decizie, bun gestionar;
- metode de convingere directe;
- bună părere de sine;
- "se poate conta pe el".

C. Inventivitatea
- cerebralitatea depăşind sfera intelectuală;
- deschiderea spre lumea cunoştinţelor;
- interes pentru micile probleme.

D. Sensibilitatea
- senzorialitatea deosebită;
- receptivitate crescută la stimuli externi;
- gândirea poate rătăci liber;
- gândirea funcţionează prioritar prin imagini;
- timp şi loc pentru visare;
- tendinţe depresive (melancolice) periodice.

E. Memoria
- tendinţa de a se sprijini pe trecut şi conservatorism crescut;
- utilizează frecvent "clasamente" (fapte, obiecte, etc.);
- nevoia de revedere şi reordonare a cunoştinţelor;
- iubeşte călătoriile;
- îşi urmăreşte atent propriile interese.

F. Expresivitatea

- în domeniul expresivităţii şi sensibilităţii subiectul se arată sub aspectul său cel mai accesibil: în acest domeniu se manifestă şi expresia sexualităţii sale;
- este mai ataşat de literatură decât de ştiinţă;
- nevoia de a fi înţeles, aprobat, asigurat=persoană foarte ataşabilă;
- elanuri foarte altruiste;
- gust pentru romanesc;
- crize sentimentale vii şi pasionale.

Utilizarea unui astfel de test psihologic, structurat pe dimensiunile fundamentale ale personalităţii (testul Vitrail), ca şi a unei scale (AMT) pentru anxietate ne-a permis o analiză "pe secţiuni" capabilă să reliefeze trăsături psihologice distincte corelabile cu boala (hipertiroidismul).

Trăsăturile evidenţiate de aplicarea testelor menţionate au apărut cu mult hipertrofiate faţă de normal, în special **impulsivitatea, voinţa şi anxietatea**. Rezultatele obţinute de noi par să fie confirmate şi de observaţia clinică. Ele conduc la o inevitabilă corelare dintre psihic şi sistemul neuroendocrin (sau, mai bine zis, la confirmarea unităţii acestui sistem psiho-neuroendocrin) cu exprimare în sfera psiho-comportamentală a bolnavilor.

Aplicarea clinică a rezultatelor furnizate de testarea practicată de noi poate constitui o bază pentru o psihoterapie diferenţiată a bolnavilor hipertiroidieni, cu sau fără (în cazurile mai uşoare) participarea psihologului în cadrul echipei terapeutice.

În condiţiile în care scorurile obţinute sunt în mod evident deviate de la normal, poate fi utilă colaborarea cu psihologul în încercarea de a rupe un cerc vicios al cărui punct de plecare nu este încă elucidat (mai întâi boala sau mai întâi terenul predispozant manifestat prin tulburări psihice).

Apare ca fiind de mare interes utilizarea acestui gen de chestionare, ce investighează personalitatea, şi la alte categorii de pacienţi, în special la cei spitalizaţi (care au mai mult timp la dispoziţie şi posibilităţi de monitorizare în timp), extinzând aria de studiere a bolnavilor dintr-o perspectivă psihologică dar cu largi implicaţii psihoterapeutice.

Bibliografie

1. *Athanasiu A. Elemente de psihologie medicală. Ed. Medicală, Bucureşti, 1983.*
2. *Beck William W., Jr. - Obstetrică şi Ginecologie, Ed. a 4-a. Ediţia în limba română, sub redacţia R.Vlădăreanu, Ed. Medicală Amaltea, Bucureşti, 1997.*
3. *Coculescu M. - Neuroendocrinologie clinică. Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1986.*

4. Coculescu M. - Endocrinologie clinică - Note de curs, ediţia a III-a, Ed. Medicală, 1998.
5. De Groot Leslie J. şi colab. - The Thyroid and its Diseases. Sixth Edition, 1996.
6. Dumitrache C., Ionescu B., Ranetti A. - Endocrinologie. Elemente de diagnostic şi tratament. Ed.Naţional, 1997.
7. Exarcu I. T. Fiziologia şi fiziopatologia sistemului endocrin. Ed. Medicală, Bucureşti, 1989.
8. Greenspan Francis S. - Basic and Clinical Endocrinology. Third Edition, 1991.
9. Golden N.H., Jacobson M.S, Schebendach J., Solanto M.V. Resumption of menses in anorexia nervosa. Arch. Adolesc. Pediatr. Med., 1997; 151:16-21.
10. Golden N. H., Schenker I. E. Amenorrhea in anorexia nervosa: etiology and implications. Adolesc. Med. State Rev., 1992; 3: 503-507.
11. Harris T., Creed F. and Brugha T.S. - Stress Life Events and Graves Disease. Br.J.Psych. (1992), 161, 535-541.
12. Harrison's Principles of Internal Medicine, 14th edition. A. S. Fanci, E. Braunwald, K. J. Isselbacher, J. D. Wilson, J. B. Martin, D. L. Kasper, S.L. Hauser, D.L. Longo. McGraw Hill, 1998.
13. Iamandescu I.B. Stresul psihic şi bolile interne, Ed. All, Bucureşti, 1993.
14. Iamandescu I.B. - The relation between hyper-and hypothiroidism versus mania and depression from the point of view of psychological parameters, rev. Infomedica, nr. 8/1997.
15. Kalney R. C., Crisp A. H., Lacy D. H. Prevalence and prognosis in anorexia nervosa. Aust. N. Z. J. Psychiatry, 1977; 11: 251:257.
16. Kendell R.E., Hall D. J., Babigan H. M. The epidemiology of anorexia nervosa. Psychol. Med. 1973; 2: 200-203.
17. Milcu Şt.M. (sub redacţia)- Tratat de Endocrinologie Clinică, vol.I. Ed. Academiei Române, Bucureşti, 1992.
18. Nemeroff B.Charles, Krishnan K. Ranga R. - Neuroendocrine Alterations in Psychiatric Disorders. In: Neuroendocrinology, p.413-432.
19. Paveliu F., Iamandescu I.B., Horopciuc M., Popa D. Analiza unor trăsături psihologice în sfera personalităţii la bolnavii hipertiroidieni. Rev. Infomedica 2(36), 1997, pg. 28-30.
20. Pop T, Ileana Duncea, Liviu Gozariu. Amenoreea din anorexia nervoasă. Rev. Infomedica nr. 12/1998.
21. Popa M. Endocrinopediatrie şi anxologie - actualităţi Ed.Cerma, Bucureşti, 1993.
22. Roger G. Kathol. Psychiatric Abnormalities in Endocrine Disorders in: Neuroendocrinology, p.397-409.
23. Samiy A.H., Smith L.H. Jr., Wyngaarden J.B. (Ed.), W.B. Saunders Co, 1985
24. Smith L.H. and Thier S.O. - Pathophysiology. The Biological Principles of Diseases, 2nd Edition.
25. Totoianu I.G., Vasilescu Gh. Bolile tiroidei la adult şi copil. Vol. 2. Casa de Editură „Lumina Transilvaniei“, Târgu Mureş, 1993.
26. Totoianu I.G. Introducere în fiziologia clinică a sistemului endocrin. ed. S. C. „Cromatic Tipo“ SRL, Târgu Mureş, 1992.
21. Wilson J.D., Foster D.W. - Williams Textbook of Endocrinology. 8th Ed. W.B. Saunders Co.

***

4. [illegible] - Endocrinologie clinică - Note de curs, [illegible]
5. [illegible] - The Thyroid [illegible], 1985
6. [illegible] C., Ionescu B., [illegible] - Endocrinologie, Elemente de diagnostic şi [illegible], Ed. Naţional, [illegible]
7. [illegible] - Endocrinologie [illegible], Ed. [illegible], Bucureşti, [illegible]
8. [illegible] - Stress [illegible], [illegible]
9. Cohen N. H., [illegible] - [illegible] in anorexia nervosa, Arch. [illegible] Psych. Med., [illegible]
10. Cohen N. H., [illegible] - Amenorrhea in anorexia nervosa, etiology and [illegible], [illegible]
11. [illegible] T., [illegible] and [illegible] - Stress Life Events and Graves Disease, [illegible]
12. Harrison's Principles of Internal Medicine, [illegible] edition, [illegible], E. Braunwald, K.J. Isselbacher, J.D. Wilson, J.B. Martin, [illegible]
13. [illegible]
14. [illegible] - The relation between [illegible] and depression, from the point of view of psychological parameters, [illegible]
15. [illegible]
16. [illegible] - The [illegible] of anorexia nervosa, [illegible]
17. [illegible], Bucureşti, [illegible]
18. Nemeroff B. Charles, [illegible] - [illegible] Psych. [illegible] Disorders in Neuroendocrinology, [illegible]
19. [illegible]
20. [illegible] - Anorexia [illegible]
21. [illegible] M., [illegible] - Endocrinologie [illegible], 1993
22. [illegible] - Psychiatric Abnormalities in Endocrine disorders, [illegible] Neuroendocrinology, [illegible]
23. [illegible]
24. [illegible]
25. [illegible]
26. [illegible], 1992
27. Wilson J.D., Foster D.W. - Williams Textbook of Endocrinology, [illegible] W.B. Saunders, [illegible]

Capitolul 5

ELEMENTE DE PSIHOSOMATICĂ CHIRURGICALĂ

Corneliu Dragomirescu, Ioan Bradu Iamandescu, Ovidiu Popa Velea

Chirurgia este cea mai dramatică şi, deci, spectaculoasă specialitate a medicinei. Este un domeniu fascinant, atât pentru viitorii medici cât şi pentru marele public, cu toţii sesizând maxima încărcătură emoţională ce însoţeşte fiecare acţiune a chirurgului, dar şi a celui ce aşteaptă, adesea la limita supravieţuirii, rezultatul luptei deschise, tranşante cu boala - mai hotărâtă şi mai grăbită ca niciodată să-i curme firul vieţii. Viziunea galenică asupra bolii, ca fiind rezultatul unei disfuncţii localizate la nivelul unei părţi a corpului (vindecarea fiind considerată ca rezultând din extirparea acestui rău localizat) - a avut meritul de a încuraja progresele chirurgiei, ca şi dezvoltarea unei abordări analitice a procesului patologic.

În zilele noastre, concepţia psihosomatică, promovată încă de la marele Hipocrat, restabileşte locul psihicului, alături de soma, atât în procesul îmbolnăvirii, cât şi în cel al vindecării. Viziunea holistică modernă, statuată în SUA de către Engel (modelul bio-psiho-social, completat de către Ikemi prin latura existenţială), dezvoltată şi în alte ţări (Elveţia: Heim şi Willi, Germania: Stocksmeyer etc.) propune ca şi în chirurgie să se reconsidere importanţa factorului psihic, apreciat drept un cofactor important, indispensabil unei reuşite complete a actului operator. De altfel, o ramură desprinsă din chirurgie - oncologia - a devenit o importantă subdiviziune a psihosomaticii contemporane (anume "psihooncologia" - Buddeberg).

Din această perspectivă apare ca o necesitate reconsiderarea actului chirurgical ca fiind dependent nu numai de gândirea lucidă şi mişcarea fără de greş a mâinii chirurgului "cu nervi de oţel", ci şi de modul cum va reacţiona bolnavul la impactul cu actul operator, sau mai târziu de modul cum va recupera el brutalele transformări (fie ele şi salvatoare) produse de manevrele chirurgicale.

În cele ce urmează există în mod evident intenţia de a racorda principalele demersuri ale actului chirurgical la concepţia psihosomatică, fără a nega prioritatea măiestriei demiurgului-chirurg în reuşita obiectivului operator, dar încercând să argumentăm ideea că o bună cunoaştere a elementelor psihologice - implicate în mod inerent, însă covârşitor în dinamica actului operator - poate servi la optimizarea evidentă a acestuia.

Vom încerca o caracterizare succintă a aspectelor de ordin psihosomatic legate de activitatea chirurgului, inclusiv - şi mai ales - a relaţiei acestuia cu bolnavul chirurgical.

Chirurgia - domeniu de interferenţă cu psihologia medicală şi psihosomatica

Există unele opinii în favoarea ideii că rezolvarea operatorie a bolii este un act tehnic, a cărui îndeplinire depinde numai de îndemânarea chirurgului şi rezistenţa biologică a pacientului.

Aceste idei sunt legate de faptul că, atunci când operează, chirurgul acţionează asupra unei structuri anatomice care - chiar şi în cazul sistemului nervos - reprezintă un substrat al funcţiilor organismului. Ecoul actelor sale (pur materiale, ca "operator", sau psihologice - ca element mitic, forţă magică) este receptat, însă, la nivelul psihicului bolnavului operat, declanşând un întreg cortegiu de influenţe cortico-viscerale ce nu trebuie subestimate.

Din acest punct de vedere, chirurgia modernă, caracterizată tot mai mult prin rapiditatea execuţiei ca şi prin creşterea calităţii vieţii celui operat, este ameninţată de ignorarea factorului psihic, inclus în mod inerent în orice relaţie interpersonală, dar mai ales în relaţia terapeutică dintre chirurg şi bolnavul operabil.

Această mentalitate tehnicistă - somatizantă este necesar să fie înlocuită cu o alta, psihosomatică, având la bază recunoaşterea faptului că în marea majoritate a intervenţiilor chirurgicale sunt prezente două mari caracteristici de ordin psihologic: ineditul situaţiei create prin existenţa leziunii sau disfuncţiei ce trebuie corectată prin actul operator (cu răsfrângere în primul rând asupra chirurgului) şi anxietatea (extremă - pentru bolnav, uneori destul de crescută şi pentru chirurg) generată de existenţa unor riscuri operatorii ce vizează adesea chiar supravieţuirea bolnavului.

Considerarea factorului psihologic de către chirurg îl va ajuta pe acesta să sesizeze o serie de particularităţi în cadrul cărora se înfăptuieşte actul operator - cu repercusiuni asupra psihicului bolnavului, dar şi o serie de implicaţii pozitive ale unor tentative psihoterapeutice simple (de suport moral) în dinamica recuperării post-operatorii. În plus, un chirurg care se va putea cunoaşte mai bine sub raport psihologic, va avea şansa unei evoluţii profesionale rodnice, înlăturând sau diminuând - în acelaşi timp - efectele celui mai mare duşman personal, stresul psihic.

În ordinea argumentaţiei noastre vom avea în vedere:

Caracterele de ordin psihologic ale actului chirurgical

Vom enumera acele trăsături - cu implicaţii psihologice ale actului chirurgical diferite (calitativ sau cantitativ) de cele care caracterizează actul medical nechirurgical:

■ Este o relaţie tranşantă, lipsită cel mai adesea de echivocuri, bolnavul având perspectiva unei vindecări rapide şi, de regulă, definitive;

■ Este dominat totuşi de riscuri, uneori majore - ameninţând integritatea şi, uneori, viaţa bolnavului;

■ Încărcătura emoţională este maximă în raport cu relaţia existentă în cadrul altor specialităţi nechirurgicale şi se referă nu numai la bolnavul chirurgical ci şi la chirurgul care operează, acestuia nefiindu-i indiferent un eventual eşec al intervenţiei (inclusiv efectele secundare sau complicaţiile postoperatorii);

■ Întreaga desfăşurare a actului chirurgical poartă pecetea unui dramatism generat, în primul rând, de riscul chirurgical perceput de bolnav, şi, în al 2-lea rând de numeroasele surprize ce pot apare în dinamica actului operator;

■ Bolnavul poate avea senzaţii şi sentimente generate de ideea de "prejudiciu corporal" în cadrul unor exereze interesând segmente sau organe ale propriului său corp;

■ Anxietatea, care este o dominantă în plan psihologic a bolnavului, este extremă şi ea domină bolnavul aproape pe tot parcursul actului chirurgical, începând cu momentul internării, continuând cu pregătirea preoperatorie (gânduri despre riscul operator) sau cu momentul anesteziei (griji referitoare la posibilitatea de "a nu se mai trezi"), amplificându-se - paradoxal - după reuşita intervenţiei chirurgicale ("gânduri negre" despre posibilele sechele sau complicaţii, ca şi despre viitoarea sa reinserţie socio-profesională). O detaliere a surselor principale de anxietate la bolnavul chirurgical figurează în tabelul 1 (după Spingte şi Droh). Fiind cea mai vizibilă expresie în plan afectiv a stresului psihic perioperator (pre-, intra- şi postoperator), anxietatea a fost cercetată de către psihologi (chestionare de anxietate de tip Hamilton, Hospital Anxiety and Depression, scala anxietăţii manifeste - "decupată" de Taylor din Inventarul Multifazic de Personalitate Minnesota), dar şi de către medici, în special de cei activând în domeniul psiho-neuro-endocrinologiei, ce au studiat modificările hormonilor de stres în diferite etape ale actului operator;

■ Atât asupra bolnavului, cât şi a medicului, impactul psihologic al bolii chirurgicale este crescut: dacă am evidenţiat anterior problemele bolnavului, este necesar să menţionăm şi reversul medaliei: sentimentul responsabilităţii la chirurg, care nu dispare odată cu sfârşitul operaţiei. Acest sentiment este accentuat, sau apare ca răspuns şi la suprainvestirea medicului de către pacient, şi uneori ca urmare a supralicitării radicalităţii intervenţiei terapeutice;

■ Reducerea timpului de contact cu pacientul crează în chirurgie posibilitatea preluării unei părţi din responsabilitatea aferentă relaţiei cu pacientul de către echipa de asistenţă medicală (asistente medicale, studenţi), creându-se, din nefericire, posibilitatea unor influenţe cu sens contrar sau nearmonizate, în raport cu cele pe care le exercită chirurgul;

■ "Pierderea contactului" de către pacient cu medicul său (cel mai adesea pe parcursul anesteziei generale) este percepută diferit, în funcţie de tipul de "coping" al pacientului (modalitatea dominantă a acestuia de a face faţă stresului): se citează "copingul" centrat pe problemă, în care

individul este permeabil la argumente de ordin raţional, în perioada preoperatorie (îşi domină anxietatea prin intelectualizare), dar şi "copingul" centrat pe emoţie, în care se pune accentul pe mesajul de încurajare;

■ Conţinutul nou al noţiunii de "complianţă terapeutică": definită ca "gradul în care indicaţiile medicului sunt respectate de pacient"; CT dobândeşte o dimensiune nouă, generată de punctul de plecare: cu excepţii foarte rare, relaţia medic-bolnav este, de la bun început, asimetrică, în sensul poziţiei dominante a medicului-chirurg faţă de pacientul său. Amănuntele concrete ale intervenţiei chirurgicale, procedeul folosit, tipul de anestezie, etc. nu fac de regulă obiectul contestării de către pacient, rămânând o zonă "obscură" pentru acesta; astfel, se accentuează dimensiunea "mitică" a chirurgului (ca percepţie individuală, de către pacient, sau chiar socială).

Tabelul 1. Cauzele anxietăţii perioperatorii (după Spingte şi Droh, 1992)

❑ **Internarea în clinică:** *1. Separarea de familie şi de prieteni* *2. Mediu străin, zgomote şi mirosuri (mai intense decât în alte servicii)* *3. Îngrijiri de rutină* *4. Griji cu privire la recuperarea sănătăţii şi a capacităţii de efort în familie, profesie* *5. Teama de necunoscut, iminenţa contactului cu acesta*	*6. Pierderea stăpânirii de sine în relaţiile cu cei din jur, conştiinţa neajutorării, comunicarea dificilă cu lumea exterioară, desfăşurarea neobişnuită a zilelor de spital* *7. Pierderea condiţiei fizice* *8. Relatările unor pacienţi despre nereuşitele sau sechelele operaţiilor ori accidentele anesteziei* *9. Relatările din presă despre eşecurile sau greşelile intra- şi postoperatorii.*
❑ **Intervenţia chirurgicală:** *1. Operaţia ca o leziune şi agresionare a corpului şi sufletului* *2. Aprecieri prin prisma experienţei personale (alte operaţii sau recidivă)* *3. Temeri cu privire la:* *a) rezultatul intervenţiei chirurgicale (dacă îşi va mai reveni la vechile capacităţi)*	*b) eventualele "surprize" negative intraoperatorii (ex.cancer)* *c) urmările operaţiei (aceleaşi ca la punctele 4 şi 7 anterioare)* *d) îngrijirile adiacente (sonde, perfuzii, cateterizare, etc.)* *4. Veşti proaste înaintea operaţiei*
❑ **Anestezia** *1. Teama de moarte* *2. Senzaţie stranie de "pseudomoarte", datorită pierderii cunoştinţei în cursul anesteziei* *3. Sentimentul unui abandon total* *4. Teama excesivă de complicaţiile anesteziei (ex. alergice)*	*5. Grija faţă de momentul trezirii* *6. Neplăceri cauzate de perfuzii, injecţii, mască* *7. Teama de a nu comite indiscreţii asupra intimităţilor sale* *8. Experienţe anterioare neplăcute*
❑ **Momentul trezirii din anestezie şi al evaluării imediate a rezultatelor operaţiei** *1. Griji cu privire la recuperarea sănătăţii şi a capacităţii de efort* *2. Pierderea condiţiei fizice.*	

Probleme şi incidente cu consecinţe psihologice în decursul actului chirurgical

O clasificare simplă, dar utilă, a intervenţiilor chirurgicale pune în evidenţă câteva probleme de bază:

❑ în intervenţia "de urgenţă", stresul psihic al bolnavului este produs în principal de boală (v. impactul psihologic al durerii) şi mai puţin de percepere şi anticiparea necesităţii intervenţiei chirurgicale. Nu e mai puţin adevărat, există o doză redutabilă de anxietate, ce poate fi pusă în legătură cu adevărata plonjare a bolnavului în necunoscut (prin bruscheţea apariţiei unui simptom important: ex. hemoragie, asociată imposibilităţii de control al acesteia), dar, nu în puţine cazuri şi prin incapacitatea pacientului de a-şi alege medicul curant (boala presează, are o evoluţie supraacută);

❑ în intervenţiile chirurgicale "la rece" (de tipul urgenţelor "amânate"), stresul psihic este produs într-o măsură mai mică (sau deloc) de simptom (parametri ca durerea, temperatura, TA, statusul hemodinamic sunt stabilizaţi), şi într-o pondere sporită de anticiparea momentului operator (fiind accentuat de vidul de informaţii cu privire la boală, la cei ce-şi domină anxietatea prin intelectualizare, sau de lipsa de suport social, de securitate emoţională la cei ce au o strategie adaptivă de tip "coping" emoţional).

Pătrunderea în lumea spitalului, nefamiliară ± rece, confruntarea cu suferinţele, eventual decesul altor bolnavi, ruperea punţilor de legătură cu mediul înconjurător (diminuarea suportului social, fie prin imposibilitatea includerii familiei în planul de asistenţă terapeutică, fie prin retragerea deliberată a acesteia într-un moment "cheie" pentru bolnav (pacienţi abandonaţi/neglijaţi, în special cei cu prognostic prost - ex. unii bătrâni cu cancer)) - sunt de asemenea factori ce ridică serioase probleme psihologice.

O importanţă deosebită o are, şi este normal s-o aibă, tipul de personalitate a bolnavului, în relaţie cu tipul de personalitate a medicului care tratează (v. tabelul 2).

Balanţa beneficiu-risc a oricărei intervenţii chirurgicale ridică şi problema deciziei asupra tipului de operaţie: este mai utilă o intervenţie paliativă, care exclude însăşi ideea de vindecare, sau trebuie să minimalizăm riscurile intervenţiei radicale, propunându-ne obiective maxime? Răspunsurile variază de la o şcoală chirurgicală la alta, dar există şi variaţii transculturale, strâns legate de atitudinea faţă de problema adevărului în boală (cu referire directă la boala incurabilă). Remarcăm la acest punct diferenţele dintre şcolile americană şi europeană, expresie a unei atitudini diferite asupra drepturilor omului bolnav, dar şi asupra valorii sociale a acestuia, în cadrul dat.

Excluzând pentru moment cazul bolnavului incurabil, alegerea momentului intervenţiei chirurgicale "elective" este indiscutabil şi la latitudinea pacientului, prevalând motive dintre cele mai diverse (tratament medical fără rezultat, la un bolnav cu aspiraţii profesionale ridicate; complicaţiile bolii, care scad calitatea vieţii pacientului; un statut socio-profesional - ex. om de afaceri - care nu permite boala, etc.).

Tabelul 2. Tipuri de medici, în funcţie de comportamentul faţă de bolnav (după Boettcher, 1988)

1) Tipul isteric	
Calităţi	***Defecte***
- activ, plin de elan, simpatic, radiază optimism - boala este pentru el "un meci al vieţii" - pentru toate, el găseşte o soluţie - poate obţine mai mult (cu o batistă umedă) decât alţii cu o jumătate de farmacie - fiecare pacient este pentru el o provocare - deschis, spontan, direct	*- sensibil la admiraţia/ laudele pacientului - se demobilizează uşor şi îi scade repede interesul pentru pacient, în caz de insucces terapeutic - îi lipseşte răbdarea şi dispoziţia pentru o muncă migăloasă - iubeşte efectele spectaculoase - practică polipragmazia şi este adeptul noilor medicamente - ordinea, liniştea şi obiectivitatea nu îi sunt specifice*
2) Tipul autoritar (tiranic)	
Calităţi	***Defecte***
- constant grijuliu, responsabil, consecvent şi perseverent - competenţă profesională, nu-i scapă nimic din ceea ce are pacientul - examinare minuţioasă (palpare, auscultaţie) - ordine desăvârşită în sectorul său	*- conservatorism, axare excesivă pe reguli - teama de a omite ceva ce îl macină, şi poate dezvolta la pacienţii săi reacţii de tip ipohondric - idealizează încrederea în forţele naturale sanogenetice ale organismului - susţine într-un mod agresiv legea, ordinea şi datoria, ca şi ierarhia - tinde să se ferească permanent de greşeli, dispărându-i spontaneitatea, "aerul glumeţ" sau pasional*
3) Tipul depresiv	
Calităţi	***Defecte***
- căldură, apropiere faţă de bolnav - harnic	*- nu pot să spună "nu" - vulnerabil la bolile psihosomatice (devotat până la sacrificiul de sine) - autoculpabilizare ("alţi medici vindecă mai bine şi mai repede") - neîncrezători în propriile forţe - incapabili de agresivitate (deşi îi pot face pe alţii să se ruşineze de defectele proprii) - crează pacientului impresia de neajutorare; identificare cu pacientul suferind*
4) Tipul schizoid	
Calităţi	***Defecte***
- subtilitate superinteligentă (deşi înclină spre izolare) - obiectivitate maximă în evaluarea suferinţei pacientului (de care nu se lasă influenţat în stabilirea diagnosticului şi tratamentului)	*- răceală, distanţă - închis în sine - poate favoriza un climat impersonal în clinică*

Dinamica problemelor psihologice ale pacientului în raport cu momentul actului operator

Dacă anterior ne-am referit la problemele din perioada preoperatorie, dacă în momentul intraoperator problemele sunt generate în special de disconfortul fizic ± psihic pe care-l presupune intervenţia (incluzând aici în special incidentele şi complicaţiile intraoperatorii la care pacientul are acces direct: durere, hemostază dificilă, sau, indirect, de ex. auzindu-i pe membrii echipei de intervenţie), momentul postoperator este cel care, prin durata lui relativ sporită, şi prin anumiţi factori obiectivi sau subiectivi, are o importanţă deosebită în plan psihologic:

● **în perioada postoperatorie precoce** disconfortul este mixt: fizic, prin dureri, vărsături, meteorism, impotenţă funcţională, dar şi posibil psihic (numai ideea - cazul psihozelor post-partum - sau chiar prezenţa mutilării, sechelelor, infirmităţii - ca de ex. în amputaţiile de necesitate);

În această perioadă, de multe ori, ritmul progresului stării de sănătate, al recuperării este neconcordant cu al aşteptărilor bolnavului. Acest lucru este perceput dureros de persoanele vulnerabile la frustrare (ex. tipul psihocomportamental A, care are o motivaţie de tip social, de autoafirmare, foarte pregnantă).

În perioada postoperatorie precoce, pacientul este confruntat eventual şi cu eşecul intervenţiei terapeutice, cu rezultate disproporţionat de mici sau chiar dramatice, raportate la expectaţiile medicului sau ale pacientului (ex. descoperirea intraoperatorie a unui cancer inoperabil). Tot acum, bolnavul este mai susceptibil la stresul psihic iatrogen (disconfortul "minim" în alte situaţii este amplificat, pregătirea psihologică a pacientului se centrează cel mai adesea pe acceptarea şi desfăşurarea momentului operator, şi mai puţin sau deloc pe perioada postoperatorie).

● **în perioada postoperatorie tardivă** se pot manifesta două tendinţe cu sens contrar; pe de-o parte, recidiva/ recăderea (corelată cu supralicitarea anterioară de către pacient a intervenţiei chirurgicale) erodează puternic fundamentul încrederii în medic: "Dacă nu chirurgia, atunci ce ?"; pe de alta, în această perioadă se rup adesea legăturile cu terapeutul (de regulă, ele se menţin doar scurt timp după operaţie, iar problemele apărute tardiv sunt gestionate adesea de medicii de medicină generală sau internişti, până devin critice).

Desigur, în cadrul factorilor de prognostic prost în plan psihologic, se pot include în această perioadă şi complicaţiile generate de însăşi intervenţia chirurgicală (granulom de fir, eventraţii, evisceraţii, etc.).

Chirurgul în relaţie cu pacientul său - probleme

Fără a le epuiza, citām câteva din problemele de relaţionare în plan psihologic pe care şi le crează sau pe care doar le simte chirurgul:

● predominanţa anamnezei de tip tehnicist, centrată pe simptom, şi nu pe percepţia lui (inclusiv psihologică). Din dorinţa creşterii eficienţei şi a

acţiunii prompte, unii medici se cantonează în acest tip de relaţie (medicul=activ, pacientul=pasiv, obiect, caz), nepermiţând expresia liberă a acestuia (garanţia catharsisului, a descărcării emoţionale) sau răspunsul la multiplele lui întrebări;

- strâns legată de cele de mai sus este dezumanizarea pacientului, transformarea lui într-un caz, într-un "ulcer", "adenom", etc;
- atitudinea intervenţionistă exagerată, frecventă, nu întotdeauna justificată; alegerea unui tip de operaţie comod, convenabil pentru chirurg, nu pentru pacient (ambele justificate prin nevoia de succes şi prestigiu social a terapeutului);
- scăderea la minim a duratei contactului cu pacientul, şi chiar a duratei spitalizării (motivată prin necesitatea creşterii eficienţei actului medical);
- impactul frecvent, violent, frustrant cu moartea sau incurabilitatea ameninţă echilibrul psihic al chirurgului.

Un model al posibilităţilor de proastă funcţionare a relaţiei medic-pacient, cu particularizare imediată la chirurg, este prezentat în tabelul 3.

Tabelul 3. Forme de refuz al preluării problemelor psihologice ale pacientului grav (după Rösler, Szewczyk, Wildgrube, 1996)

1. Evitare directă prin indicarea altor factori competenţi: sistemul de consiliere, inclusiv consult psihologic

2. Evitare indirectă, prin:

a) Reducerea individualităţii bolnavului la nivelul unui simplu "caz" medical şi identificarea acestuia după:

- natura şi forma clinică a bolii
- istoricul bolii
- localizare ("bolnavul de la fereastră", "patul 2 din salonul 4", etc.)
- natura investigaţiilor necesare ("bolnava care trebuie să facă ecografie")

b) Retragere în birou sau în laborator

c) Tăgăduirea (negarea) propriei implicări emoţionale (mai ales în cazurile unor boli cu prognostic letal)

3. Lăsarea în suspensie a unor adevăruri, în cazul unor boli severe:

a) evitarea explicaţiilor asupra prognosticului vital

b) invocarea faptului că pacientul nu poate să tolereze adevărul

4. Etichetarea bolnavului ca pacient cu o boală imposibil de discutat (despre care nu are ce discuta)

Rolul psihoterapiei suportive în evoluţia favorabilă perioperatorie a bolnavului

Este de domeniul evidenţei că un bun chirurg este de multe ori şi un bun psiholog.

Totuşi, pe lângă faptul că unii chirurgi nu au vocaţia unei bune comunicări cu bolnavul, există riscul - chiar şi la chirurgii experimentaţi şi buni psihologi, de a comite greşeli în planul relaţiei psihologice cu bolnavul, cauzând efecte iatrogene ce pot avea uneori repercusiuni violente asupra sănătăţii bolnavului (de ex. comunicarea, fără o acoperire diagnostică fermă, a unei suspiciuni de cancer poate produce o gravă depresie bolnavului, cu atât mai severă cu cât dovezile necesare diagnosticului pot, în mod obiectiv, să întârzie, iar atunci când sosesc, să fie prea târziu; cel mai adesea, bolnavul persistă în reacţia sa, neliniştit de ideea că asigurările date de medic ascund, de fapt, diagnosticul pozitiv al cumplitei boli).

Elementul care, totuşi, marchează în modul cel mai favorabil evoluţia bolnavului este constituit de câteva trăsături de bază ale personalităţii chirurgului:

- căldura umană, optimismul, dârzenia şi disponibilitatea sa (în limite "rezonabile") pentru bolnav, inclusiv pentru unele probleme sufleteşti ale acestuia;
- caracterul activ al demersurilor sale psihologice, mergând de la explicaţiile, cu caracter intuitiv, metaforic - date bolnavului despre boala şi obiectivele actului operator, şi până la susţinerea morală a acestuia pe parcursul tuturor etapelor actului chirurgical.

Nu trebuie neglijat faptul că un chirurg trebuie să se protejeze împotriva stresului psihic, iar acest capitol necesar în viaţa fiecăruia dintre noi are o extensie şi particularităţi deosebite în profesiunea chirurgicală. Un chirurg mai puţin stresat va avea capacităţi mai mari pentru actul psihoterapeutic de susţinere a bolnavului.

Există numeroase cercetări care atestă rolul favorabil al psihoterapiei suportive aplicată la bolnavul chirurgical. Ele se referă la bunul mers al operaţiei, diminuarea intensităţii durerilor, dar şi a complicaţiilor postoperatorii, ca şi la scurtarea perioadei de recuperare a bolnavului.

Situaţii speciale - comentarii

❑ Bolnavul neoplazic

În cazul bolnavilor cu cancer se ridică unele probleme importante de ordin psihologic:

- problema adevărului despre boală (secvenţa parcursă cel mai adesea de bolnav la aflarea diagnosticului este, în lipsa intervenţiei psihoterapeutice, următoarea: negare - revoltă - resemnare - disperare cu posibile conduite de tip suicidar);

- deciderea modalităţii de intervenţie radicală sau paliativă (riscurile în sine ale intervenţiei radicale, mutilarea definitivă, fără certitudinea salvării vieţii sau vindecării, scăderea dramatică a calităţii vieţii omului bolnav, în balanţă cu certitudinea lipsei vindecării şi prin aceasta, acceptarea prognosticului infaust (echivalentă cu o condamnare), chiar dacă pentru moment calitatea vieţii se păstrează);

● cointeresarea membrilor familiei în asistenţa psihologică (în fapt, premisa este asistenţa psihologică inclusiv pentru membrii familiei, cel puţin la debut);

● punerea în discuţie a imaginii de sine a terapeutului (confruntat cu o stare de neputinţă/frustrare, consecutivă lipsei posibilităţilor de vindecare) reclamă, cel puţin în serviciile de oncologie, colaborarea cu psihologul clinician, inserat în echipa terapeutică;

● existenţa unei relaţii de conlucrare optime cu ceilalţi membri ai echipei chirurgicale, personalul auxiliar, dar şi cu alţi specialişti care tratează bolnavul (evitarea aşa-numitului "circuit al specialiştilor", în care bolnavul schimbă, în scurt timp, spitale, secţii, fără posibilitatea constituirii unei relaţii de suflet cu vreunul din medicii care-l tratează, şi cu consecinţe nefavorabile, prin tracasări inutile, asupra însăşi stării lui precare de sănătate).

❑ **Bolnavul muribund** (v. şi tabelul 4 asupra percepţiei psihologice a apropiatei morţi).

Tabelul 4. Cele 5 faze ale evoluţiei* spre moarte la bolnavul incurabil (după Kübler şi Rose, 1988)

1. Şocul la aflarea destinului necruţător
2. Negare sau amăgire
3. Revoltă, furie
4. Depresie (tristeţe), pe fondul căreia se conturează două tipuri de comportament:
- tentative de "negociere", docilitate
- închidere în sine, confuzie
5. Pierderea vitalităţii, ca şi a posibilităţii de comunicare (mai întâi verbală, mai apoi non-verbală)

** În toată perioada acestei evoluţii, bolnavul oscilează între speranţă, lipsă totală de speranţă şi îndoială.*

Aflat în imposibilitatea de a vindeca sau de a întârzia evoluţia bolii, medicului îi rămâne doar posibilitatea uşurării suferinţelor bolnavului prin apelul la mijloace terapeutice şi psihologice. Dacă ne referim la acest ultim aspect, se doreşte reumanizarea bolnavului, prin respectarea tuturor nevoilor sale:

● bazale (confort alimentar, termic, etc.);
● de contact ("NU" evitării bolnavului);

- de comunicare şi siguranţă;
- de adevăr (dacă bolnavul o cere).

În practică, de prea multe ori, aşa cum arată un studiu publicat de British Med. Journal, (oct. 1994), aceste nevoi nu sunt satisfăcute, faptul putând fi explicat şi prin nevoia de "supravieţuire afectivă" a medicului (a cărui imagine de sine este serios pusă în discuţie de un astfel de caz).

Cointeresarea membrilor familiei în asistenţa psihologică a bolnavului, ca şi a tuturor membrilor echipei terapeutice este adeseori o alternativă căreia i se acordă prea puţină atenţie.

Este discutabilă folosirea în cazul bolnavului muribund a eutanasiei, chiar a celei pasive, întrucât ea crează mai multe probleme decât rezolvă (acceptând că viaţa unui om, chiar muribund, poate fi considerată o simplă "problemă"!). Dilemele etice, morale, asupra statutului social şi imaginii de sine ale medicului sunt extrem de serioase şi profunde.

❑ Bolnavul-medic

În relaţia cu un coleg de breaslă, apar probleme psihologice specifice, ca de ex.:

- satisfacerea nevoii de informare a pacientului (în general, îşi domină anxietatea prin intelectualizare, după o evaluare atentă a tuturor posibilităţilor şi riscurilor), dar rămânând conştienţi că, prin specificul muncii lui, medicul-pacient este totuşi mai anxios decât media pacienţilor;
- mai ales în etapa preoperatorie este necesară discutarea împreună cu pacientul a alternativelor terapeutice, şi alegerea, de comun acord, a celor optime. În acest fel, respectăm nevoia de iniţiativă a unui pacient în general compliant;
- respectarea algoritmului terapeutic şi diagnostic este adesea subminată (consultaţii fugitive, telefonice, bazate pe o radiografie, etc.) Medicul terapeut poate avea, cel puţin în etapa iniţială, o tendinţă la scăderea responsabilităţii, în ideea că pacientul dispune de mijloacele necesare de a corecta eventualele erori;
- respectarea statutului social al pacientului este benefică: evitarea poziţiei de superioritate a medicului-terapeut porneşte de la premisa inexistenţei unei relaţii asimetrice medic-pacient, ca în majoritatea cazurilor.

❑ Chirurgia la vârste extreme: copilul şi bătrânul în faţa intervenţiei chirurgicale

În cazul vârstelor fragede nu a fost niciodată subliniată îndeajuns necesitatea adoptării unei atitudini de tact, blândeţe, răbdare, calm din partea medicului (un traumatism psihic la această vârstă poate avea impact major, chiar decisiv, asupra evoluţiei ulterioare a copilului).

Planul terapeutic trebuie să fie coerent, unitar (a se avea în vedere asocierea membrilor familiei, dacă este posibil), cu înlăturarea măcar parţială a imaginii negative preformate pe care o are copilul despre doctor, şi cu reducerea la minim a impactului negativ cu lumea spitalului (satisfacerea nevoii de comunicare, de joacă, etc.).

În ceea ce priveşte indicaţia chirurgicală, este necesară evitarea atitudinilor exagerat-intervenţioniste (mai ales la cererea familiei: amigdalectomie, apendicectomie, etc.)

La vârsta a 3-a se impune evaluarea exactă a beneficiului intervenţiei terapeutice, în raport cu riscul:

- fie în contextul stării generale a pacientului (tare organice care contraindică intervenţia chirurgicală (sau numai pe cea radicală);
- fie în contextul evoluţiei prognosticat lente a bolii, în raport cu nevoile pacientului şi riscurile aferente intervenţiei chirurgicale propriu-zise (mai ales în cancer).

În orice situaţie este utilă (dacă este posibil) informarea pacientului în vederea anticipării desfăşurării actului operator şi a posibilelor riscuri (cicatrizare întârziată, riscul de infecţie mai mare, persistenţa unor acuze reziduale timp mai îndelungat, etc.).

Din motivele arătate mai devreme, este utilă cointeresarea membrilor familiei, pentru prevenirea abandonului sau retragerii suportului social.

Chirurgul şi lucrul în echipă

Munca în echipa chirurgicală implică o mare răspundere, oricum, dar ea, răspunderea, este maximă la conducătorul acestei echipe. Cazul ideal ar fi valorificarea optimă a posibilităţilor fiecărui membru al echipei, lucru încă greu de realizat într-o specialitate dominată de ambiţii şi orgolii personale. Ceea ce poate realiza practic şeful echipei chirurgicale este încercarea de a "teşi" asperităţile, fără a recurge însă la egalitarism, care ar fi, până la urmă, în defavoarea pacientului însuşi.

În al doilea rând, este imperativă o bună colaborare cu anestezistul/specialistul în terapie intensivă, a cărui imagine (percepţie) socială este mai întotdeauna inferioară celei a chirurgului (se consideră că "este normal" ca anestezia să meargă bine, se minimalizează riscurile şi incidentele, etc.).

În al treilea, dar nu în ultimul rând, se cere instituirea şi menţinerea unor raporturi de colaborare cu psihologul clinician, şi în acest sens se conturează necesitatea unui astfel de specialist, cel puţin în spitalele mari, cu un rulaj mare de bolnavi (universitare), combaterea reticenţelor nefondate faţă de acesta (existente în tipul de educaţie materialist, tradiţia şcolii, sau conservatorismul chirurgului).

Bibliografie

1. *Buddeberg C., Kaufmann P., Radwilla A. Médicine psychosomatique et psychosociale en Suisse, Bäbler, Berne, 1993.*

2. *Boettcher J. Normabweichend akzentuierte Ärtze. In: Szewzcyk H. (Hrsg.) "Medizinische Psychologie in der ärztlichen Praxis", Berlin: Volk und Gesundheit, 110-113.*

3. *Iamandescu I. B. Psihologie Medicală, Ed. Infomedica, Bucureşti, 1996.*

4. *Kübler-Ross E. Interviews mit Sterbenden (14. Aufl.), Kreuz Verlag, Stuttgart, 1982.*

5. Mills Mina, Davies Huw T.O., Macrae William A. *Îngrijirea în spital a bolnavilor muribunzi*. În: British Medical Journal (ed. în lb. română), nr. 2, vol. 1, dec. 1994, 99-103.

6. Rösler H. D., Szewczyk H., Wildgrube K. *Medizinische Psychologie*, Spektrum Akademischer Verlag, Berlin, 1996.

7. Springte Droh.- *Musikmedizin*, Fischer Verlag, Stuttgart, 1992.

***

Capitolul 6

INTERFERENŢELE DINTRE FACTORII PSIHOSOCIALI COMPORTAMENTALI ŞI CANCER

Coralia Mîrşu Păun

Legătura dintre stările emoţionale şi cancer a fost sesizată de secole. Valul cercetărilor de psihosomatică a declanşat o serie de alte studii, privind personalitatea premorbidă a bolnavilor de cancer, consecinţele stresului la animal şi om, variabilele psihosociale şi comportartamentale implicate în apariţia cancerului şi adaptarea la boală. Odată cu apariţia unei noi discipline, **PSIHOONCOLOGIA**, s-a intensificat cercetarea aspectelor psihosociale legate de cancer iar rezultatele acestor studii s-au transferat în clinică, în multe din ţările avansate.

În prezent, se înregistrează progrese mari în înţelegerea impactului factorilor psihologici, fiziologici, sociologici şi antropologici asupra pacienţilor, familiilor acestora precum şi asupra celor care participă la îngrijirea lor.

Direcţiile de cercetare a interferenţelor dintre factorii psihosociali, comportamentali şi cancer sunt:

- **Factori psihosociali de risc în apariţia cancerului;**
- **Efectele diagnosticului, bolii şi tratamentului asupra funcţionării psihologice şi neuropsihologice;**
- **Reacţie şi adaptare psihologică la cancer;**
- **Impactul factorilor psihosociali asupra cursului bolii, tratamentului şi supravieţuirii.**

Sunt investigate în egală măsură cele două căi prin care se presupune că factorii psihosociali şi comportamentali, pot influenţa riscul de apariţie şi evoluţia cancerului.

1. **Calea indirectă (externă)** - prin care unele comportamente ar afecta indirect riscului de apriţie şi progresie a cancerului (comportamente care determină expunerea la carcinogeni, de exemplu fumatul) sau afectează supravieţuirea (comportamentul de amânare sau de neacceptare a tratamentului).
2. **Calea directă (internă)** - prin care factorii psihosociali şi comportamentali ar afecta mediul intern, fiziologic al persoanei influenţând promoţia şi progresia tumorală.

În ultimii ani, toate aceste probleme au fost studiate cu ajutorul celor mai complexe tehnici ale psihoneuroimunologiei, disciplină devenită un domeniu ce integrează variabilele bio-psiho-sociale implicate în starea de sănătate, riscul de apariţie şi de evoluţie a cancerului. Acum se cunoaşte mult mai mult despre transformarea malignă şi despre factorii de promoţie care favorizează progresia tumorală (Weinstein, 1982).

Cercetătorii din domeniul psihologiei şi cei care lucrează în biologia tumorii oferă un domeniu de explorare a rolului posibil al factorilor psihosociali şi comportamentali în cancerul uman.

Discutarea problemei în sens larg

Cancerul reprezintă, în practică, o multitudine de variante de dezvoltare tumorală care au şi elemente comune.

Toate cancerele apar ca rezultat al unor modificări în sectoare cheie din materialul genetic al unor celule. Consecinţa esenţială este că aceste celule, prin mecanisme diferite, în funcţe de tipul alterării genetice în cauză, au o *creştere autonomă* faţă de restul organismului din care s-au format.

Cauzele modificărilor genetice menţionate, precum şi cauzele care contribuie ulterior la progresia bolii sunt diverse, insuficient înţelese încă.

Există unele aspecte ale iniţierii şi creşterii tumorale, bine precizate: viruşi, substanţe chimice, radiaţii, hormoni, traumă cronică, paraziţi, precum şi caracteristicile genetice şi fizice ale persoanei.

În afara comportamentelor care determină expunerea la factorii de mediu, crescând riscul aparaţiei cancerului, este posibil ca o serie de factori psihologici (pe calea mediului intern fiziologic) să contribuie într-un procent mic la riscul total, în paralel cu carcinogenii socotiţi puternici (Fox, 1981). Factorii psihosociali şi comportamentali pot acţiona, deşi în mică măsură, atât în direcţia reducerii, cât şi în cea a creşterii riscului.

Dar trebuie să mai avem în vedere şi faptul că există o gamă largă de reacţii psihologice, iar cancerul reprezintă o gamă de neoplasme care pot fi sensibile la diferite influenţe.

În orice caz, dezvoltarea unei tumori, indiferent de localizare, trece prin mai multe etape, de la iniţierea transformării maligne la promoţie şi apoi la progresia tumorală. În tot cursul acestui proces este posibil ca mai mulţi factori să acţioneze sinergic. Progresia este influenţată şi de vârsta, sexul, nutriţia persoanei. Factorii psihologici şi/sau sociali, pot constitui co-factori în dezvoltarea unor celule care au suferit deja transformarea malignă.

Cel mai mare interes pentru urmărirea rolului potenţial al factorilor psihosociali l-au prezentat, în general, tumorile hormono-sensibile, în special cele ale sânului.

Factori psihosociali şi comportamentali de risc în apariţia cancerului

Având în vedere multiplicitatea factorilor care concură la apariţia şi progresiunea cancerului, orice evaluare a importanţei eventuale a factorilor

psihologici de risc presupune analiza stilului de viaţă şi comportamentele care pot influenţa vulnerabilitatea la cancer.

Cercetările stilului de viaţă urmăresc obişnuintele sociale (fumatul, alcoolul), alimentaţia, comportamentele sexuale, expunere la soare, expunere la agenţi chimici (profesiune), mediul social şi legăturile sociale, statutul socieo-economic şi suportul social, influenţele culturale, sociale, religioase şi psihologice care contribuie la modul de viaţă obişnuit, zilnic.

Factorii psihologici

Personalitatea, înglobând trăsăturile stabile, stilurile de reacţie în situaţii de stres, mecanismele psihologice de apărare a fost semnalată de multă vreme ca un factor de risc al apariţiei cancerului şi duratei de supravieţuire.

Viziunea simplistă a legăturii „stare mentală-cancer" a fost înlocuită cu ipoteze şi modele testabile prin intermediul psihoneuroimunologiei.

Primele studii care urmăreau conturarea personalităţii predispuse la cancer au fost retrospective. Pacienţii erau întrebaţi despre personalitatea şi reacţiile lor psihologice din perioada dinaintea apariţiei cancerului. Rezerva cu care sunt privite rezultatele studiilor retrospective provine din faptul că trăsăturile presupuse a fi ale persoanei predispuse la cancer pot fi consecinţe ale bolii şi nu neapărat manifestări ale personalităţii premorbide. Ele descriu persoana predispusă la cancer ca pe o „persoană calmă, cu mers lin, care îşi reprimă şi neagă emoţiile", în special pe cele negative (LeSchan, Morris). Este imaginea persoanei reţinute, care nu se plânge, este cooperantă şi nu-şi exprimă cu uşurinţă suferinţa, tristeţea, furia, anxietatea; este calmă, plăcută, complianţă, pasivă (Renneker, Bahnson). Bahnson subliniază şi o altă trăsătură, şi anume exprimarea anormală a emoţiilor, reacţia la evenimentele stresante prin negare şi represie.

Constatările privind reprimarea emoţiilor ca însuşire de bază a persoanelor predispuse la cancer, au contribuit la conturarea tipului C de personalitate (Temoshock, 1984)

Pe baza unui studiu retrospectiv, comparând reacţia emoţională la o serie de stimulări electrice cutanate a unor pacienţi cu melanom malign, comparativ cu un lot de bolnavi cu afecţiuni cardiovasculare, autoarea citată a formulat trăsăturile acestui tip C de personalitate, folosind conceptele de la tipurile A şi B de personalitate din bolile cardiovasculare.

Tipul C de personalitate descris de Temoshock cuprinde următoarele trăsături de bază: persoana menţine controlul emoţional şi întreţine relaţii interpersonale plăcute, în pofida disperării interioare pe care nu şi-o exprimă; are simţământul lipsei de speranţă, uneori cronică dar mascată; exprimă puţin din tensiunea, suferinţa cronică pe care o resimte în urma unor evenimente stresante ale vieţii.

În general însă se consideră că este necesar un studiu prospectiv bine controlat care să confirme un tip de personalitate asociat cu riscul apariţiei cancerului. Un astfel de studiu prospectiv a fost realizat de Grossarth-Maticek (1983, 1985, 1989) pe două populaţii diferite cultural - în Iugoslavia

Odată cu utilizarea unor tehnici agresive de tratament a crescut durata de supravieţuire în cancer. Au apărut în schimb noi solicitări la care bolnavul trebuie să se adapteze psihologic. Se apreciază că 40-60% din suferinţele emoţionale trăite de pacienţii cu cancer, pot fi atribuite aspectelor medicale şi legate de tratament mai mult decât bolii însăşi..

Bolnavii oncologici, aşadar, au de făcut faţă acestor două probleme dificile diagnosticului de cancer - ideii că suferă de o boală care le ameninţă viaţa, pe de o parte şi tratamentelor, uneori greu de suportat, pe de altă parte. Ei dovedesc adesea că pot îndura mult, în special când cred în curabilitate. De fapt, un studiu recent, arată că pacienţii cu cancer sunt dispuşi să accepte un tratament radical cu şanse minime de ajutor, mult mai mult decât pacienţii cu alte boli.

Nu putem afirma, totuşi, că suferinţele emoţionale sunt la fel de intense sau că tulburările psihice sunt inevitabile. Răspunsurile bolnavilor la aceste probleme potenţial traumatizante variază semnificativ, influenţând adaptarea.

Într-un studiu care urmărea prevalenţa tulburărilor psihice, în timpul tratamentului, pe un lot de 215 pacienţi din trei centre, Derogatis a găsit:

- 53% - pacienţi cu adaptare adecvată
- 47% - pacienţi cu depresie şi anxietate reactivă, din care:
  - 13% - depresie severă

În ultimul timp, s-au făcut eforturi considerabil pentru determinarea prevalenţei unor tulburări psihice şi unor posibile efecte secundare neuropsihologice ale radioterapiei şi chimioterapiei.

În general, interesul asupra impactului pe care diagnosticul de cancer şi tratamentul îl au asupra adaptării psihologice şi funcţionării neuropsihologice, a atins un nivel înalt. Pe măsură este şi efortul pentru găsirea celor mai adecvate mijloace de intervenţie psihosocială şi de evaluare a efectelor pe care acestea le au asupra stării psihice a pacientului, adaptării la tratament, cursului bolii, duratei de supravieţuire.

Deoarece în prezent există în ceea ce priveşte boala canceroasă un potenţial terapeutic şi implicit de supravieţuire mai ridicat, se acordă din ce în ce mai multă atenţie creşterii calităţii vieţii bolnavilor odată cu ameliorarea stării lor emoţionale.

Privire de ansamblu

Tabloul stărilor psihice care acompaniază boala canceroasă este dominat de incertitudine, teama, frica: de boală, de recidivă, de suferinţă, de moarte.

Frecvent, bolnavul este invadat de nesiguranţă, confuzie în legătură cu ce va face ce-i rezervă viitorul; se simte devastat, pustiit.

Cele mai frecvente tulburări psihice în cazul bolnavului de cancer, sunt anxietatea şi depresia.

Anxietatea este mai accentuată în timpul perioadelor de mare importanţă pentru bolnav: când se stabileşte diagnosticul, începutul tratamentului, când

se aşteaptă rezultatele diverselor investigaţii dar şi în cazul în care planul de tratament este schimbat sau întrerupt.

În cazul bolnavilor de cancer, există o relaţie complexă a anxietăţii (trăită frecvent ca o tensiune în creştere, asociată cu simţământul apăsător al unei nenorociri iminente) atât cu boala cât şi cu tratamentul. Simptomele anxietăţii se pot asocia cu anorexia, greaţa, voma, diareea, oboseala şi insomnia, toate fiind greu de deosebit de efectele secundare pe care terapia cu citostate le poate produce. Pe de altă parte, diverse disfuncţii biologice prezente la aceşti bolnavi, sau medicaţia care li se administrează pot de asemenea produce anxietate.

Depresia, al cărui diagnostic se stabileşte ţinând seama şi de semnele somatice - oboseala, anorexia, scăderea în greutate - care în cancer pot fi deopotrivă consecinţele tratamentului, trebuie evaluată mai ales pe baza prezenţei stărilor disforice, senzaţiei lipsei de ajutor/speranţă, simţământului de vinovăţie şi apreciere de sine redusă.

Pacienţii cu riscul cel mai mare pentru depresie sunt şi cei în stadiu avansat, cei cu o capacitate slabă de a desfăşura o activitate, cei cu boli psihiatrice anterioare îmbolnăvirii şi cei cărora nu li se pot controla satisfăcător simptomele majore.

Deşi anxietatea şi depresia sunt, în general, stările dominante, în diferitele momente, reacţiile pot fluctua între euforie şi disperare, suprem optimism în legătură cu tratamentul şi pesimism privind rezultatul lui.

Imediat ce-şi recapătă un oarecare echilibru după eforturile de a face faţă solicitărilor strict medicale de operaţie, radioterapie, chimioterapie, pacienţii pot avea de depăşit o multitudine de probleme psihosociale.

Depresia şi anxietatea par a avea o incidenţă crescută şi în perioada post terapeutică. Cauza poate fi frica de a avea o boală pe care o consideră îngrozitoare; dar alte lucruri pot contribui la persistenţa stărilor de depresie/ anxietate sau pot rezulta din aceste stări. Sunt incluse în această categorie problemele legate de imaginea corporală, disfuncţiile sexuale, frica de recidivă sau metastază, durerea.

Durerea este o problemă cu care se confruntă mulţi bolnavi de cancer mai ales cei cu metastaze (20-30%) şi cei aflaţi în stadiul terminal al bolii (66-80%).

Aspecte legate de diagnostic

Din cauza fricii de cancer, subestimării ratelor de supravieţuire şi supradimensionării caracterului mortal atribuit bolii în rândul populaţiei, prima bănuială, descoperirea unei excrescente sau altor simptome crează anxietate şi pesimism.

Frica de cancer poate duce la amânarea prezentării la medic.

Negarea ca reacţie posibilă, în acest moment, poate fi un mecanism protector din punct de vedere psihic, dar dăunător prin consecinţele sale biologice, atunci când are drept urmare amânarea tratamentului.

Intervalul de timp de la depistarea unor "semne îngrijorătoare" când apare suspiciunea de cancer şi până la confirmarea sa, prin diverse investigaţii este (posibil) cea mai stresantă parte din toată experienţa trăită de pacient în raport cu boala sa. În această perioadă, de aşteptare a rezultatelor, cei mai mulţi pacienţi sunt speriaţi, neliniştiţi; pot să apară deteriorări ale capacităţii de concentrare şi de cogniţie precum şi cote înalte de anxietate.

Reacţiile pacienţilor la aflarea diagnosticului sunt foarte variate. Pentru unii, diagnosticul de cancer reprezintă o catastrofă emoţională; produce un şoc. Pentru alţii este o greutate în plus, un obstacol pe care trebuie să-l depăşească ca şi pe celelalte multe dificultăţi şi nedreptăţi apărute în viaţa lor. Diversitatea atitudinilor poate fi explicată prin intervenţia unor variabile: strategiile individuale de reacţie la situaţiile noi, dificile (stil de coping) şi trăsăturile personalităţii premorbide a pacientului dar şi iscusinţa personalului medical, în special a medicului, de a comunica cu bolnavul. Un rol aparte îl pot avea factorii legaţi de disponibilitatea unui suport social şi/sau familial.

Impactul tratamentului asupra psihicului

Tratamentul cancerului este complex, el include tratamentul chirurgical, radioterapia, chimioterapia. De cele mai multe ori pacientul le urmează pe toate trei. Uneori urmează şi alte tratamente specializate.

Operaţia

Aproape toţi pacienţii care urmează să fie operaţi sunt anxioşi. Unele persoane au fobii de anestezie sau de operaţie şi frica de sală de operaţie. Pregătirea psihologică pentru operaţie, folosind unele tehnici comportamentale (îndeosebi relaxarea musculară progresivă) şi, după caz terapia cognitivă, de cele mai multe ori diminuează starea de anxietate. S-a constatat că acest lucru, deosebit de important pentru bolnavul care trebuie să treacă printr-o astfel de experienţă, are şi unele rezultate benefice postoperatorii: reducerea durerii, mai puţine complicaţii, spitalizare mai scurtă (L. Fallowfield, 1992).

Imediat după operaţie, preocupaţi de reechilibrarea din punct de vedere fizic, bolnavii nu mai au nici timp nici energie psihică pentru a reflecta asupra implicaţiilor pe termen lung a ceea ce s-a întâmplat (în special din cei cu actul chirurgical ca prim tratament). Ca urmare, se întâmplă să aibă o senzaţie de eliberare, uneori chiar o stare euforică. Bolnavul odată întors acasă însă, cu toate că se poate simţi mai bine fizic, se poate simţi mai rău, psihic. Temerile privind tratamentele care vor urma, rezultatul lor, frica de recidivă îl pot asalta.

Un caz special îl prezintă femeile cu cancer al sânului diagnosticat prin examen histopatologic intraoperator, pentru care mamectomia nu era prevăzută cu certitudine. Cele mai multe când îşi revin după anestezie,

reacţionează ca în stare de şoc, cu hohote de plâns, agitaţie; pot dezvolta depresie cu numeroase semne somatice asociate.

Asistenţa psihologică este imperios necesară în asemenea momente. Pacienta trebuie ajutată să găsească cea mai eficientă cale pentru a face faţă situaţiei, pentru a se echilibra emoţional; acest lucru, important în recuperarea postoperatorie, este esenţial pentru adaptarea psihică la tratamentul pe care îl va urma.

În cazul bolnavelor cu cancer al sânului operat, pentru care planul de tratament postoperator se stabileşte în funcţie de rezultatul analizei care se face piesei operatorii la parafină, perioada de aşteptare este stresantă mai ales din cauza multiplelor necunoscute introduse de ele însele în ecuaţie. Presupuneri în legătură cu numărul ganglionilor axilari invadaţi şi variate scheme de tratament, pronosticuri privind evoluţia, cele mai nefericite expectaţii, temeri, tot felul de informaţii eronate circulă printre bolnave şi familiile lor.

Anxietatea apărută în asemenea situaţii duce deseori la insomnii, anorexie, stări de slăbiciune care pot îngreuna recuperarea postoperatorie.

Consilierea suportiv-informativă, în grup sau individuală, ajută înţelegerea corectă a unor date privind tratamentul; astfel se reduce starea de stres, bolnavele putând să se adapteze mai bine solicitărilor în această perioadă de aşteptare.

Mamectomia, ca formă de tratament în cancerul sânului determină modificări în imaginea corporală. Toate femeile îşi simt ameninţată feminitatea şi aprecierea de sine. Desigur, poate fi mult mai dificil pentru cele tinere pentru care atractivitatea şi fertilitatea sunt esenţiale, mai ales pentru cele singure, fără partener.

Este evident însă că cele mai multe femei sunt mult mai mult preocupate de faptul că au cancer decât de faptul că şi-au pierdut un sân.

Ideea de a pune trauma psihologică în principal pe seama pierderii sânului nu mai poate fi susţinută mult timp. Femeile care îşi salvează sânul prin operaţie conservatoare constând în excizia tumorii maligne urmată de radioterapie- deşi rezolvă problema imaginii corporale, manifestă totuşi deseori tulburări psihice determinate de teama de recidivă şi uneori sentimente de vinovăţie pentru alegerea făcută. Independent de tipul de operaţie apare suferinţa provocată de diagnostic, socotit de cele mai multe bolnave a fi fatal, împreună cu teama că vor fi stigmatizate, evitate şi că vor muri în dureri şi părăsite.

Radioterapia

Radioterapia este asociată uneori de către pacienţi, cu teama că iradierea ar putea fi nocivă. Această teamă se poate accentua la sfârşitul tratamentului când, prin cumulare, posibilele efecte secundare fizice- anorexia, senzaţia de slăbiciune, iritarea pielii şi oboseala - fac ca unii pacienţi să se simtă mult mai rău decât atunci când au început tratamentul.

În timpul şedinţei de iradiere, mai ales la persoanele anxioase dinaintea îmbolnăvirii, pot apărea pronunţate stări de anxietate.

Chimioterapia

Chimioterapia are cea mai proastă reputaţie dintre toate tratamentele, din cauza numeroaselor efecte secundare (cele mai frecvente fiind: greaţa, voma, alopecia), deşi ele pot varia în severitate de la individ la individ şi într-un oarecare grad şi în funcţie de medicamente şi calea de administrare.

Necesitatea de a urma tratament citostatic adăugată la trauma diagnosticului de cancer crează alte suferinţe psihologice.

Există dovezi că anumite medicamente din cele utilizate în chimioterapie afectează starea sufletească, dispoziţia şi funcţiile cognitive; totuşi aceste efecte pot fi datorate la fel de mult extenuării psihice cât şi efectului direct biochimic asupra creierului (Silberfab 1980).

De asemenea unii pacienţi se pot confrunta cu situaţia în care constată că le-a scăzut semnificativ numărul de celule albe (ceea ce determină reducerea rezistenţei organismului la infecţii). Această scădere este un efect secundar al citostaticelor.

În afara efectelor secundare fizice, chimioterapia produce o serie de efecte secundare psihologice care sunt, din păcate, neglijate.

Problemele psihologice în legătură cu chimioterapia

Maguire atrăgea atenţia asupra faptului că "personalul care acordă îngrijire bolnavilor, adesea trece cu vederea problemele psihologice ale acestora; suferinţa psihică este acceptată în loc să fie sistematic evaluată; personalul medical aşteaptă ca pacientul să solicite ajutor psihologic".

Pacientul însă, deseori nu îndrăzneşte să iasă din rolul de "pacient bun" şi ca urmare, nu vorbeşte despre dificultatea cu care face faţă tratamentului.

Este necesară o mai atentă urmărire a acestor greutăţi suplimentare pe care chimioterapia le aduce unui bolnav care deja îşi simţise ameninţat confortul, echilibrul emoţional, rolul social, planurile de viitor, viaţa însăşi, la aflarea diagnosticului. Este importantă cunoaşterea tulburărilor pe care efectele secundare le pot produce în activitatea cognitivă, emoţională şi fizică a pacientului, afectându-i capacitatea de a lucra în meserie sau în casă, de a se angaja în activităţi sociale.

Identificarea acestor factori de stres major ar trebui să fie prioritară în acţiunile de asistenţă şi de ajutorare a bolnavilor. Intervenţiile practice adecvate, de conciliere şi psihoterapie, pot să reducă disfuncţiile emoţionale, psihologice care apar în general sub următoarele forme:

1) - Frică şi suspiciune înainte de începerea primei cure

Sunt determinate de istorioarele înspăimântătoare despre chimioterapie, rămase din anii din urmă, când efectele secundare nu puteau fi ţinute sub control (gama antiemeticelor era restrânsă).

2) - Incertitudine şi anxietate, depresie

La nesiguranţă, preocuparea în legătură cu neprevăzutul bolii, unii pacienţi adaugă o grijă, frică suplimentară şi anume, că tratamentul prin el însuşi are efecte toxice care trebuie monitorizate cu grijă. Aceste temeri pot crea o stare depresivă şi o permanentă frică de tratament.

Depresia poate influenţa somnul şi determina starea fizică de oboseală. Oboseala poate fi resimţită ca şi cum ar domina starea generală a persoanei făcând dificilă stimularea emoţiilor pozitive sau întreprinderea unor activităţi.

3) - Dispoziţii, stări sufleteşti oscilante

De cele mai multe ori, trecând prin stresul tratamentului, este suficient ca să apară o stare de suferinţă, tristeţe. Se întâmplă însă ca pacienţii să declare că " nu mai au control asupra propriilor emoţii", că li se întâmplă să plângă din lucruri mărunte, după care trec la cealaltă extremă, cu o stare sufletească mai bună, când se simt chiar euforici fără un motiv evident. De exemplu prednisonul şi dexametasonul, antiemetice folosite adesea, pot determina aceste neobişnuite "stări de bine" urmate de inexplicabile "stări de bine" urmate de inexplicabile "stări de cădere" care pot deveni depresie, cu simptomele ei: stare "proastă", tristeţe, incapacitate de a se mai bucura de lucrurile care înainte îi făceau plăcere, tulburări de alimentaţie şi somn.

4) - *Irîtabilitate*

Pacienţii apreciază ei înşişi că se pot simţi frustraţi şi descurajaţi mult mai uşor decât de obicei şi că tolerează mult mai greu decât de obicei frustraţiile. Este o formă de reacţie la stresul fizic şi emoţional.

5) - *Dificultăţi de concentrare şi cognitive, în timpul tratamentului*

Unele persoane spun că au greutăţi în a-şi aminti ceva sau că nu se pot concentra să citească un ziar/carte sau să lucreze. Întrucât aceste simptome pot fi subtile, fie nu sunt observate, fie sunt puse pe seama modificărilor psihologice-depresiei, anxietăţii.

Se pare însă, că unii agenţi chimioterapeutici în special în doze mari, afectează temporar capacitatea de gândire. Acest lucru încă nu este bine lămurit; sunt necesare noi studii. Există un domeniu separat de cercetare care se adresează impactului pe care îl are cancerul şi tratamentul acestuia, asupra funcţionării cognitive la adulţi şi copii (Massie M.J., Holland J.C., 1983).

6) - Efectele secundare psihologice asociate chimioterapiei

Efectele secundare fizice (în special greaţa şi voma) pot determina perturbări serioase în funcţionarea zilnică şi pot contribui la prezenţa şi severitatea depresiei şi anxietăţii.

În prezent există o varietate de medicamente care permit un mai bun control antiemetic.

Este bine ca acest control să înceapă odată cu prima administrare de citostatice decât să fie lăsat pacientul să aibă o experienţă negativă care să favorizeze dezvoltarea senzaţiilor de greaţă/vomă, anticipatorii.

De asemenea este important felul în care îi sunt explicate pacientului aceste efecte secundare. Unii nu sunt de acord să se dea explicaţii, socotind că tocmai ele "pregătesc" pacienţii pentru toxicitatea gastrointestinală.

Numeroase studii au arătat însă că pacienţii care se aşteaptă să aibă greaţă şi vomă au mai mari şanse să trăiască această experienţă decât cei care cunoscând riscul, cred că ei nu vor avea aceste dificultăţi (Redd W.H., 1989).

O informare corectă (care să anihileze zvonurile care circulă printre bolnavi şi crează cele mai sumbre aşteptări), dublată de o pregătire psihologică adecvată pot avea consecinţe benefice pentru pacient.

Cu toate intervenţiile - farmacologice şi psihologice - aproximativ 45% din pacienţii cu cancer (adulţi) vor dezvolta senzaţia de greaţă şi/sau vomă, cu 24 ore înainte de chimioterapie (Burish T.G., Carey M.P., 1986).

Răspunsul anticipat este un sindrom condiţionat, (format prin reflex condiţionat clasic), la o serie de stimuli asociaţi tratamentului (olfactivi, vizuali, ş.a.). Această condiţionare poate fi atât de puternică încât, simplu gând al pacientului că va merge la spital sau vederea unei seringi sau mirosul de spirt/parfum (al asistentei) sunt suficiente pentru a produce greaţa/voma. Aceste efecte secundare psihologice ale chimioterapiei pot persista şi după terminarea tratamentului, mulţi ani. Efectele secundare psihice anticipatorii sunt puternic asociate cu intensitatea şi durata greţurilor şi vomei apărute imediat după administrarea citostaticelor şi se corelează pozitiv cu nivelul de anxietate.

Cel mai eficient control al răspunsului condiţionat anticipat poate fi realizat prin tehnicile de psihoterapie comportamentală.

Acest tip de intervenţie este de ajutor multor pacienţi şi trebuie considerată partea integrantă a unei abordări complete a controlului greţurilor şi vomei, ca efecte secundare ale chimioterapiei.

7) - Complexul "Nu mai sunt eu însumi"

Unele schimbări în aspectul persoanei, determinate de căderea părului, paloare, creşterea sau scăderea în greutate, senzaţia lipsei de energie, contribuie la apariţia acestui complex care poate fi devastator prin faptul că dezvăluie lumii că urmează tratament pentru cancer. El poate determina de asemenea semnificative schimbări în propria imagine despre sine, stima de sine.

Terapiile cognitiv comportamentale care au ca scop promovarea unei gândiri pozitive, în particular încurajarea aprecierii de sine, pot ajuta bolnavul care se confruntă cu astfel de probleme.

8) - Impactul psihologic al schimbărilor în funcţiile sexuale

Efectele chimioterapiei asupra sexualităţii pacientului includ modificări privind fertilitatea, libidoul şi funcţionarea sexuală. Ele pot crea importante suferinţe psihice.

Informarea privind aceste potenţiale probleme şi discutarea lor trebuie făcută într-un fel în care pacientul să se simtă confortabil. Poate fi nevoie, după caz, de psihoterapie.

REACŢIE ŞI ADAPTARE PSIHOLOGICĂ LA CANCER ŞI TRATAMENT

Impactul pe care diagnosticul de cancer, boala şi tratamentul îl au asupra stării emoţionale a pacienţilor variază foarte mult în intensitate şi comple-

xitate de la bolnav la bolnav. Este o experienţă subiectivă dar cu multiple modificări dinamice în însăşi starea psihică a fiecărui pacient în diferite momente ale bolii.

În prezent însă, aspectele psihopatologice şi legătura lor cu personalitatea premorbidă nu mai sunt subiecte prioritare de cercetare. Atenţia se îndreaptă îndeosebi asupra analizei şi înţelegerii valorii "adaptative" a unor reacţii ale bolnavului în raport cu boala şi asupra găsirii celor mai eficiente metode de intervenţie psiho-socială pentru ameliorarea adaptării psihologice şi creşterea calităţii vieţii pacientului.

Cancerul este o sursă de stres major pentru toţi bolnavii, deşi este trăit emoţional diferit. Este foarte important să se înţeleagă natura stresului diagnosticului de cancer înainte de a urmări reacţia la acest stres.

Stresul, în contextul bolii canceroase, este multideterminat. Pe de o parte, este boala percepută deseori ca o ameninţare pentru integritatea, viaţa individului (cu unele diferenţe în funcţie de diagnostic), tratamentul de lungă durată şi greu de suportat şi, pe de altă parte, sunt problemele preexistente şi cele apărute odată cu boala, cărora individul trebuie să le facă faţă. În această situaţie, dacă resursele psihologice proprii şi/sau cele de suport psihosocial sunt reduse, stresul se amplifică iar adaptarea psihologică a bolnavului la situaţia dată este greu de realizat.

Starea psihologică a unui bolnav, la un moment dat, este rezultatul interacţiunii şi echilibrării delicate a unor condiţii, solicitări particulare care îi vor influenţa reacţia şi, în final, adaptarea.

J.C. Holland (1987) a grupat aceste condiţii variabile în trei categorii:

Probleme fundamentale în adaptarea psihologică la cancer

1. Contextul socio-cultural	- atitudinile sociale, ideile, concepţiile culturii respective despre cancer; pot afecta modul ● cum sunt trataţi pacienţii şi familiile lor ● cum se văd pacienţii pe ei înşişi, boala, viitorul
2. Contextul medical	- date clinice: stadiul şi evoluţia clinică, localizare, natura disfuncţiilor şi simptomele produse; - tratamente; - opţiuni de recuperare; - suport psihologic din parte personalului de îngrijire.
3. Contextul psihologic	- momentul din viaţă (biologic şi sub aspectul responsabilităţilor personale şi sociale); - resurse intrapersonale: stilul de reacţie la stres (coping), defensele, personalitatea premorbidă, concepţiile, ideile despre boală, legăturile anterioare cu cancerul; - resurse interpersonale: natura şi disponibilitatea suportului social: familie, prieteni, colegi, grupuri afiliate.

Contextul socio-cultural

Contextul socio-cultural are influenţă asupra felului în care îşi privesc bolnavii diagnosticul şi boala. La noi, informarea publicului este redusă-inclusiv a populaţiei cu risc crescut în legătură cu cancerul (factori de risc, căi de prevenire, importanţa depistării precoce, posibilităţi actuale de tratament, etc.). Ca urmare, foarte mulţi oameni încă consideră cancerul o boală incurabilă, iar unii se tem că este contagioasă. Reacţia la aflarea diagnosticului, atitudinea de neîncredere faţă de curabilitatea tratamentului poartă amprenta acestor concepţii. În plus, ea poate crea dificultăţi de reintegrare în societate. Unii bolnavi sunt dezorientaţi, nu ştiu cum ar fi mai bine să se comporte, cum să spună sau să ascundă o realitate care le poate modifica (după părerea lor) imaginea în faţa oamenilor, relaţiile sociale, situaţia la,locul de muncă.

Este problema la care pot reacţiona foarte diferit, uneori straniu, cu consecinţe în planul trăirilor emoţionale şi nu numai. O bolnavă îşi amână operaţia când întâlneşte în secţia de chirurgie o consăteancă, de teamă că aceasta va răspândi vestea că are cancer în tot târgul şi îşi va pierde serviciul. O alta se simte agresată şi imobilizată de ochiul scrutător şi compasiunea exprimată de o colegă care bănuieşte că i s-a făcut mamectomie. O persoană cu o funcţie de conducere la o firmă importantă, după mamectomie, decide că trebuie să se retragă din funcţie motivând că ştie cum gândesc oamenii, iar discrepanţa dintre statutul şi starea ei va submina puterea deciziilor pe care trebuie să le ia la locul de muncă. Neexcluzând posibilitatea schimbării imaginii de sine în acest caz, fără o cauză din exterior, problema informării corecte a populaţiei rămâne aceeaşi, păstrându-şi caracterul de necesitate stringentă. Efectele benefice pe care le poate avea informarea prin mijloace mass-media atât în prevenţia cancerului cât şi în adaptarea psihologică la diagnosticul de cancer sunt argumentele de bază pentru demararea unor programe în această direcţie.

Contextul medical

Diagnosticul de cancer cuprinde numeroase localizări, mai multe stadii ale bolii, diverse tratamente cu evoluţii şi prognosticuri diferite. Este o mare diferenţă între problemele cu care se confruntă şi trebuie să le facă faţă o bolnavă cu leziune in situ la colul uterin faţă de alta, cu o tumoră invazivă, cu posibile metastaze la col. În acest ultim caz este vorba de un stres particular, asociat diagnosticului care poate influenţa reacţia la problemele cu care se confruntă, implicit starea psihică. Cu toate acestea, se întâlnesc în clinică bolnavi cu tumori în stadiu incipient şi localizare cunoscută a avea şanse mari de vindecare, care reacţionează cu neîncredere faţă de eficacitatea tratamentului, prin stare depresivă şi senzaţie de neputinţă şi lipsă de speranţă, în timp ce bolnavi cu prognostic mai puţin bun se angajează în luptă cu boala, iar între curele terapeutice se străduiesc să ducă o viaţă cât mai apropiată de cea dinaintea îmbolnăvirii.

Contextul psihologic

Ideile, concepţiile despre cancer, resursele psihologice şi cele suportive, momentul în care apare boala, situaţia familială, stilul de reacţie în situaţii dificile, personalitatea sunt elemente care pot explica diferenţele de reacţie în impactul cu boala.

La orice vârstă, în orice moment al vieţii, apariţia cancerului are un impact asupra percepţiei propriei persoane şi a mediului înconjurător şi produce un dezechilibru în activitate, în relaţiile interpersonale, crează probleme existenţiale, afectează integritatea, imaginea corporală şi sexuală. La acestea, de cele mai multe ori, se adaugă un stres special, produs de perturbarea, ameninţarea sau întreruperea unor responsabilităţi, planuri, resurse.

O tânără de 33 de ani (fără părinţi, fraţi) se confruntă după mamectomie cu certitudinea că proiectata căsătorie nu va mai avea loc iar dorinţa ei de a avea copii nu va mai fi împlinită vreodată...O mamă care îşi creşte singură copiii minori trebuie să-i lase să se descurce singuri în absenţa ei...O persoană (47 de ani) care primise o ofertă de promovare profesională, după mamectomie este convinsă că trebuie să se pensioneze...O persoană în vârstă trebuie să se descurce singură, inclusiv cu greutăţile financiare...Reacţiile, mai ales la aflarea diagnosticului, sunt influenţate în mare parte de starea psihică creată de acest tip de probleme.

Aprecierile, evaluările, ideile bolnavului privind cancerul apar deseori în urma unei experienţe anterioare nefericite cu cancerul şi au repercursiuni asupra comportamentului, atitudinii faţă de propria boală. Când îşi exprimă neîncrederea că se pot face bine, bolnavii se referă deseori la cazuri de cancer (rude, prieteni) care au sfârşit într-un mod nefericit. Suportul psihologic, demontarea prin stabilirea diferenţelor între cazuri a ansamblului de gânduri negative, pot ajuta bolnavul să privească din alt unghi propria-i boală.

Înţelegerea ideilor, sensurilor acordate bolii, constituie o dimensiune importantă pentru înţelegerea comportamentului în boală. Lipowski enumeră cele mai tipice sensuri acordate bolii: boala ca provocare căreia trebuie să-i facă faţă, inamic sau pedeapsă, slăbiciune, uşurare, pierdere irecuperabilă sau pericol.

Se întâmplă ca bolnavul să capete încredere în tratament când cunoaşte pe cineva care se simte bine, după mulţi ani de la operaţie, îşi duce viaţa normal, este vindecat. Prezentarea pe care o poate face acesta despre propria experienţă, dezvăluirea propriilor temeri, a luptelor şi a victoriilor sale, pot avea un efect benefic asupra bolnavilor. Discuţiile pe care aceşti "veterani" le pot avea cu bolnavii vizitându-i în spital pot constitui o formă de suport social important.

Absenţa suportului social (familie, rude, grupuri suportive) constituie o sursă importantă de stres pentru bolnavul de cancer. Bolnavii noştri fără familie care să-i susţină sunt într-o situaţie pe care o trăiesc ca fiind fără ieşire (la noi neexistând încă o reţea organizată pentru suportul psiho-social al bolnavilor de cancer). Mulţi bolnavi au mari greutăţi şi nici un fel de ajutor. Dimpotrivă, au mari responsabilităţi fie faţă de părinţi în vârstă bolnavi, fie

faţă de copii. Apreciindu-se că suportul social poate reduce sau poate avea rol de tampon faţă de impactul negativ al bolii, el trebuie recunoscut ca formă de ajutor al pacientului în faţa bolii (S.Cohen, T.A.Wills, 1985; Thoits, 1986).

Credinţele, atitudinile, activităţile religioase pot avea un impact pozitiv asupra răspunsului la o boală serioasă cum este cancerul, la solicitările multiple apărute. În general, ele alcătuiesc o strategie importantă de menţinere a echilibrului psihologic în raport cu stresul provocat de boală şi de diminuare a anxietăţii. Pentru bolnavii noştri, credinţa în Dumnezeu a fost şi rămâne o formă importantă de suport şi sursă de speranţă.

Speranţa, în esenţă un mod de a trăi, o poziţie personală în faţa vieţii, încredere în viaţă, are ea însăşi importante implicaţii în situaţia de boală.

Resursele personale, forţa interioară, stilul de reacţie (coping) sunt importante pentru strategia adoptată şi comportamentele bolnavului în confruntarea cu boala.

Odată cu diagnosticul unei boli cum este cancerul. la care se adaugă de cele mai multe ori şi surse de stres suplimentar, pacientul se confruntă cu solicitări dificile şi neobişnuite, care uneori îi depăşesc posibilităţile, resursele. El se află într-o situaţie care solicită noi strategii de acţiune ca răspuns la situaţia dată. Copingul, reacţia individului, poate fi eficient-ducând la adaptarea psihologică-sau ineficient-producând tulburări în starea lui psihică. Situaţia poate fi uneori atât de greu de suportat încât pacientul răspunde defensiv (mecanism psihologic de apărare) prin evitare sau negare. Negarea poate fi protectivă în faza iniţială de adaptare la boală dar trebuie descurajată când interferează cu tratamentul sau cu deciziile familiei în alte etape ale bolii.

Weisman şi Worden au afirmat că cele mai eficiente strategii de coping duc la o acceptare deschisă a diagnosticului de cancer (fără obsesia bolii), urmate de strategiile care constau într-o acţiune fermă, bazată pe înţelegerea situaţiei-problemă (caută mai multe informaţii, solicită sfatul specialistului şi consimte). Cel mai puţin eficiente strategii au fost apreciate a fi cele de retragere, evitare, pasivitate, cedare, apatie (încearcă să uite, se supune şi acceptă inevitabilul, se izolează social).

Răspunsurile la diagnosticul de cancer pot fi integrate într-o serie de categorii clar conturate. Morris (1977) stabilea cinci grupuri de reacţii pentru pacientele cu cancer al sânului:

- negare: respinge evidenţa, pare reţinută în a se angaja într-o discuţie detaliată despre cancer;
- spiritul luptător: atitudine pozitivă, luptătoare cu tendinţă de a solicita cât mai multe informaţii despre diagnostic şi tratament;
- acceptarea stoică: primeşte diagnosticul şi apoi tratamentul cu detaşare, urmează curele prescrise oricare ar fi acestea ("ce va fi, va fi");
- acceptare anxios-depresivă: tinde să privească totul cu pesimism;
- neajutorare, fără speranţă: are senzaţia că nimic nu o mai poate ajuta şi nu mai poate spera nimic, vede viitorul cu extrem pesimism; disfuncţii serioase în relaţiile sociale.

Este posibil ca furnizarea unor informaţii clare, exacte, oferite cu sensibilitate, fără grabă, să-l ajute pe pacient să primească vestea şi să găsească ceva care să-i dea speranţă. Acest lucru trebuie făcut cu grijă în cazul pacientului care reacţionează prin negare.

Este răspândită ideea că informarea pacientului privind diagnosticul îl poate ajuta să-şi asume un rol activ în luarea deciziilor, deci să menţină un anumit control asupra situaţiei stresante, realizând astfel o mai bună adaptare. Opiniile privind creşterea autonomiei pacienţilor prin participarea la luarea deciziilor a fost îmbrăţişată de mulţi, socotindu-se că este soluţia ideală şi dezirabilă. În raport cu acest mod de abordare, lucrurile nu sunt atât de simple. Au apărut o multitudine de probleme psihologice, mai ales în situaţia în care nu există un consens între medicii înşişi în legătură cu cea mai eficientă cale de tratament şi pacientul este solicitat să opteze (ex.: între diferite strategii chirurgicale, etc.).

Uneori, pacientul se luptă cu frica de diagnostic. Supraîncărcarea cu informaţii care prin ele însele îi produc anxietate poate compromite capacitatea de a lua o decizie. Este bine de ştiut câte informaţii doreşte şi câte poate să primească. Nu toţi pacienţii doresc informaţii amănunţite, unii au nevoie doar de încurajări. Ar fi însă o eroare să se creadă că toţi pacienţii acordă medicului încredere, consimţind necondiţionat şi neinformat. Eroarea generală constă în dorinţa de a sistematiza cu orice preţ o atitudine privind comunicarea diagnosticului de cancer, amănunte privind tratamentul. Atitudinea nu poate fi conturată decât pe baza unei conversaţii bazată pe empatie cu fiecare bolnav. Obiectivul trebuie să fie acela de a-l ajuta să găsească răspunsul eficient pentru a se adapta la situaţie. Adevărata autonomie şi respectul pentru bolnav ar trebui să ţină cont şi de dorinţa unora de a declina responsabilitatea medicului său. Lesley Fallowfield o numeşte "autonomie psihologică", ceea ce înseamnă că pacientul informat optează de a nu lua el însuşi o decizie ci medicul său.

La noi sunt necesare studii pentru stabilirea tipului de informaţii pe care pacienţii noştri le doresc şi cât de dornici sunt să participe la luare deciziilor. Numai prin cunoaşterea adevăratelor dorinţe ale bolnavilor putem proiecta un program de suport informaţional al pacienţilor. În această etapă însă, este imperios necesară ameliorarea educaţiei pacienţilor în probleme generale privind tratamentul, efectele secundare, pentru a înlătura confuzia, informaţiile eronate şi reţinerea pacienţilor de a pune întrebări. Informaţiile, consilierea, sunt foarte necesare, mai ales în timpul chimioterapiei, pentru a ajuta adaptarea la acest tratament dificil. Tipărirea unor broşuri care să conţină lămurirea unor termeni, explicarea unor proceduri terapeutice, posibilele efecte secundare, indicaţii privind modul de viaţă, dieta, exerciţii fizice, posibilele contraindicaţii, etc. - pot diminua incertitudinea şi stresul determinat de aceasta, neliniştea, dezorientarea.

Strategiile de reacţie (coping) influenţează adaptarea psihologică a pacientului în fiecare etapă a tratamentului.

Penman a identificat, imediat după mamectomie, un mănunchi de comportamente, strategii de coping, considerate a fi cele mai eficiente în

adaptarea la cancerul sânului: "o atitudine particulară" faţă de problemele apărute odată cu diagnosticul şi operaţia, o strategie de "confruntare", de abordare directă a situaţiei. El a constatat că persoanele care au adoptat o strategie de evitare sau capitulare sunt mai triste, suferinţa lor emoţională este mai accentuată după mamectomie. În plus, cele care simt că au control asupra evenimentelor, asumându-şi un rol activ în activitatea de recuperare, se adaptează mai bine decât cele cu idei pesimiste-care declară că şi-au pierdut speranţa.

Consecinţele de ordin psiho-social ale bolii şi tratamentului în cancerul sânului se apreciază a fi:

- disconfortul psihic (anxietate, depresie, mânie);
- schimbări în modul de viaţă (consecinţa disconfortului fizic, perturbărilor maritale sau sexuale, diminuării activităţii);
- frica, temerile şi preocupările privind mamectomia şi recidiva.

Aceste aspecte variază însă foarte mult în funcţie de personalitatea premorbidă, de stilul de reacţie. O pacientă, medic, la câteva zile după mamectomie, se duce să-şi vadă proprii bolnavi în spitalul unde lucrează, considerând că ea nu are timp să-şi întrerupă activitatea, în timp ce o altă bolnavă crede că este indicat să se pensioneze medical după o astfel de operaţie.

Felul în care bolnava abordează problemele şi reuşeşte să le facă faţă au efect asupra adaptării post mamectomie. Desigur, reacţia bolnavei este influenţată şi de alţi factori: vârstă, stabilitatea emoţională, prezenţa şi disponibilitatea unui suport interpersonal.

Într-o cercetare efectuată pe un lot de 174 de bolnave cu cancer al sânului şi 64 cu cancer al colului uterin tratate în I.O.B. (1985-1987) s-a constatat (pe baza rezultatelor la testul de personalitate M.M.P.I.) că bolnavele care şi-au reluat activitatea au note mult mai scăzute la indicatorii de tulburare psihică decât cele care s-au pensionat şi chiar în raport cu cele din lotul martor (selecţionate doar după criteriul sănătăţii din punct de vedere oncologic).

Cercetarea ansamblului de reacţii şi adaptarea la cancer au relevat că:

- strategiile care stau la baza unui răspuns activ (faţă de unul pasiv şi lipsit de speranţă) în comportamentul de rezolvare a problemelor, este cel mai eficient;
- copingul este un proces dinamic, schimbându-se în funcţie de circumstanţele şi de gândurile pacientului privind supravieţuirea, viitorul, relaţiile cu semenii, autopreţuirea, realizarea scopurilor;
- cine dovedeşte flexibilitate, cine poate să răspundă mai repede la solicitări şi schimbări prin dezvoltarea unor strategii, va răspunde mai eficient;
- natura suportului social influenţează capacitatea de a face faţă solicitărilor; suportul social este un determinant puternic al unui răspuns eficient.

Copingul eficient este cel care:

- menţine stresul în limite rezonabile;
- menţine respectul de sine;

- menţine sau restabileşte relaţiile cu semenii;
- creşte posibilitatea de restabilire a funcţiilor organismului;

Există un risc crescut să apară probleme în adoptarea unui coping eficient cu consecinţe în planul adaptării, în următoarele situaţii:

- izolare socială
- statut socio-economic scăzut
- alcool, droguri
- probleme psihiatrice anterioare
- pierderi recente
- obligaţii multiple
- inflexibilitatea şi rigiditatea copingului
- concepţii pesimiste despre viaţă

Obligaţiile multiple (în afara bolii), care solicită pacientul emoţional şi/sau fizic, îi scad resursele energetice. Forţa redusă rămasă, constituie un obstacol pentru unele acţiuni solicitate de tratament, starea psihică se înrăutăţeşte, făcând dificilă adaptarea.

Pierderile recente (deces,etc.) produc tulburări în starea sufletească, perturbând reacţia bolnavului faţă de boală. Mulţi vorbesc despre forţa, optimismul cu care au înfruntat greutăţi multe o viaţă întreagă. Devastarea sufletească după pierderea suferită au secat resursele necesare pentru rezistenţa în faţa bolii.

Suportul psihosocial este necesar în aceste cazuri, pentru delegarea responsabilităţilor, acordarea unor resurse, reducerea stresului.

Anumite caracteristici, stări sufleteşti ale bolnavului, sau situaţii pot determina sporirea tulburărilor emoţionale, îngreunând adoptarea unui coping eficient:

Caracteristici asociate cu creşterea tulburărilor emoţionale

- pesimism
- multe regrete
- probleme maritale
- probleme psihiatrice
- anxietate crescută
- forţa eului scăzută
- multe evenimente ale vieţii (recente)
- eficacitate redusă
- suportul familiei, redus
- cancer în familie
- izolat
- se supune pasiv
- blamează pe alţii
- ajutor redus, din partea medicului

Depistarea acestor probleme cât mai devreme şi intervenţia psihoterapeutică şi socială poate reduce riscul de decompensare psihică.

Iată o strategie de intervenţie pentru reducerea anxietăţii propusă de A.Silberfab:

Reducerea anxietăţii la bolnavii de cancer

- Vezi pacientul la intervale regulate
- Evită liniştirea, încurajarea prematură; în primul rând ascultă pacientul
- Corectează concepţiile greşite despre boală şi tratament
- Fii realist şi deschis cu pacientul şi familia, dar, întotdeauna, acordă sau lasă loc pentru speranţă
- Evaluează nevoile familiei şi oferă tratament preventiv
- Permite o negare şi o regresie rezonabilă
- Fii vigilent în alinarea disconfortului fizic

Uneori anxietatea apare sau se accentuează din cauza anticipării unui rău, unui pericol, fără o bază reală.

Fie din lipsă de informaţie, fie că are date insuficiente sau greşite (sursă de ambiguitate şi incertitudine), fie că este chinuit de propriile-i temeri, bolnavul poate intra în starea de derută, agitaţie, premergătoare momentului catastrofic, aşteptat.

În asemenea situaţii se intervine prin mijloace psihologice, adecvate momentelor de criză.

Este necesară identificarea problemelor sufleteşti ale bolnavului, zbaterilor apărute din multiple cauze şi intervenţia prin mijloace psihoterapeutice şi de suport social adevărat.

Aceste intervenţii, oferind cadrul exprimării emoţionale şi reducerii stresului produs de multe greutăţi cărora bolnavul nu le poate face faţă singur, îl pot ajuta să reacţioneze mai bine la solicitările tratamentului.

Bolnavul care nu reuşeşte să acţioneze eficient într-un moment sau altul pe parcursul bolii (nici în direcţia diminuării sursei de stres nici în cea a reglării tulburării psihice) are mari dificultăţi în adaptarea la boală şi tratament. În asemenea situaţie se accentuează stările de anxietate şi depresie care pot determina:

- accentuarea durerii
- dezvoltarea simptomelor anticipatorii (psihice) din chimioterapie (s-a constatat o corelaţie pozitivă între nivelul de anxietate şi dezvoltarea acestor simptome)
- accentuarea efectelor secundare fizice - greaţa şi voma
- accentuarea binecunoscutelor sechele sexuale ale tratamentului din cancer.

Bolnavul de cancer trebuie ajutat să nu cadă în deznădejde (conform modelului C, senzaţia lipsei de speranţă/ajutor, sunt trăsături dominante) şi încurajat să-şi exprime trăirile, mai ales pe cele negative.

Acest lucru este posibil numai prin crearea unei reţele adevărate de suport psihosocial. Dezideratul ca la sfârşitul tratamentului să fie într-o stare de integritate funcţională şi psihică, trebuie să ne fie călăuza în acţiunile pe care le vom întreprinde pentru aceasta.

Recuperarea psiho-funcţională a bolnavilor de cancer în vederea reintegrării lor profesionale, sociale este un lucru foarte important, prin consecinţele benefice pe care le poate avea asupra pacientului, această reintegrare.

IMPACTUL FACTORILOR PSIHOLOGICI ASUPRA CURSULUI BOLII, TRATAMENTULUI, SUPRAVIEŢUIRII

Ideea că psihicul, atitudinea mentală pot afecta cursul bolii, că dorinţa persoanei însăşi de a trăi sau muri, în faţa unei asemenea lovituri, influenţează evoluţia, este întâlnită tot mai des în rândul populaţiei şi ca temă literară.

Posibila contribuţie a factorilor psihologici în influenţarea duratei de supravieţuire în cancer este o temă de cercetare de mare interes în ultimii ani, (deşi această contribuţie este mică, probabil dacă ea există - Fox, 1978).

Rolul factorilor psihologi în influenţarea creşterii tumorale a fost de asemenea reexaminat, pe baza legăturilor dintre creer şi sistemele imun şi endocrin, în cercetări din domeniul psihoneuroimunologiei.

Date privind legătura dintre stres şi boală au rezultat dintr-o serie de studii pe animale şi oameni. Oricum, stresul produce perturbarea sistemelor endocrin şi imun. Acest lucru poate fi mai important într-o localizare tumorală cum este sinul.

Aceste studii, ca şi declaraţiile unor pacienţi care explică importanţa propriei lor "dorinţe de a trăi" în supravieţuirea în cancer au stimulat interesul pentru posibilele căi de creştere a eficacităţii sistemului imunitar şi implicit a capacităţii organismului de a controla creşterea tumorală.

De aceea, factorii psihici care pot contribui pe o rută directă influenţând mediul intern fiziologic la supravieţuirea în cancer, au captat o mai mare relevanţă clinică decât factorii psihologici care pot afecta riscul de apariţie al cancerului. Pare în general mai logic să se presupună că un factor de ordin psihic ar putea acţiona ca un promotor al diviziunii celulei maligne dintr-o celulă tumorală care deja a fost afectată de un iniţiator al unui proces de malignizare celulară.

Privind în acest fel lucrurile, impactul factorilor psihici asupra progresiei tumorale devine un subiect mai rezonabil de studiu. Oricum, timpul scurs de la iniţierea procesului neoplazic şi creşterea tumorală la un nivel la care să poată fi observată clinic, este cunoscut a fi lung, prin urmare descurajează explicaţia simplistă a unui eveniment stresant urmat de apariţia cancerului. Totuşi, rata progresiei tumorale este afectată de numeroase influenţe hormonale care ar putea fi perturbate prin stări emoţionale puternice, pe axele psihoneuroendocrine. Invers, este la fel de posibil, întrucât hormonii ectopici produşi de tumora afectează starea psihică.

Lippman (1985), a propus un model al complicatelor legături dintre creer şi sistemele imun şi endocrin prin care emoţiile pot afecta creşterea tumorală.

Există numeroase studii care au stabilit unii factori de personalitate care ar putea influenţa durata de supravieţuire în cancer.

Weisman (1975), a studiat timpul de supravieţuire la bolnavi cu localizări diferite, aplicând însă un coeficient de supravieţuire care a comparat supravieţuirea observată faţă de cea aşteptată în cazul fiecărei localizări. Supravieţuirea mai mare au avut-o cei cu relaţii interumane bune, cei care solicită şi primesc suport medical şi psihologic, cei care recunosc natura bolii lor serioase dar nu sunt depresivi sau furioşi. Cei care au trăit mai puţin, aveau relaţii sociale proaste de multă vreme, multe tulburări psihiatrice, depresie, pesimism, unii dorind să moară.

Un grup de cercetători britanici au sugerat în urma unor studii că supravieţuirea fără recidive este mai mare la femeile cu "spirit luptător" sau cu răspuns psihologic de apărare prin negare faţă de cele cu acceptare stoică sau cele care se simt lipsite de ajutor şi speranţă (Greer S., 1975-1985, Pettingalaet, 1985).

Corelaţii pozitive au fost găsite între supravieţuire şi exprimarea emoţiilor negative, într-un grup de femei, studiate din momentul începerii chimioterapiei pentru cancer al sânului în stadiu avansat. Cele cu supravieţuire mai îndelungată (mai mult de 1 an) aveau dar îşi şi exprimau mai mult emoţiile negative, în special mânia, ostilitatea, decât cele care nu se plângeau, erau cooperante (mai puţin de 1an).

Temoshok (1984), a iniţiat o serie de studii urmărind variabile psihosociale şi prognosticul la pacienţi cu melanom malign cutanat. Caracteristicile de prognostic cunoscute pentru această localizare sunt: mărimea leziunii şi profunzimea invaziei la momentul exciziei. Rezultatul prin urmare, depinde de diagnosticul precoce. Cursul melanomului este extrem de variabil. Dar este cunoscut a fi sensibil la influenţele hormonale şi imunologice care pot fi afectate, la rândul lor, de starea emoţională. Deci, melanomul se pretează bine prin el însuşi, la explorarea unor posibile influenţe psiho-sociale.

Temoshok a identificat două variabile legate de prognostic, şi anume: comportamentul de amânare, întârziere a consultaţiei şi ipoteticul model comportamental tip C. Personalitatea de tip C indică persoana răbdătoare şi plăcută cu alţii, rareori exprimându-şi furia, mânia. Însuşirea cheie a tipului C de personalitate descris, - neexprimarea emoţiilor disforice - a fost apreciată, după 18 luni de urmărire, că poate prezice cine a murit sau a făcut recidivă. Mare parte din bolnavii examinaţi erau depresivi, şi cu toate acestea, nici unul nu a declarat o stare afectivă disforică (care în cele mai multe cazuri rezulta din stesurile vieţii şi era cronică). Îşi blochează exprimarea emoţiilor şi simţământului de pierdere a speranţei care este cronic dar mascat. În această serie de studii a fost urmărită şi reacţia de represie. Pacienţii cu melanom şi-au reprimat răspunsul la stimulii cutanaţi. Gradul reprimării acestor răspunsuri i-a diferenţiat pe aceşti pacienţi de cei cu boli cardiovasculare (Cassileth Br., 1985). Gradul de reprimare s-a dovedit a contribui la variaţia semnificativă a progresiei cancerului mamar (Jensen M.R., 1987).

Levy (1985) a oferit un model util de examinare concomitentă a variabilelor psihologice şi biologice (în special statusul imun). Acele

paciente la care s-a găsit în timpul mastectomiei un număr mai mare de noduli axilari pozitivi, au dovedit şi o "mai bună" adaptare psihologică (măsurată prin redusa exprimare a suferinţei psihice) şi un nivel mai scăzut al activităţii celulei natural killer (NK), în comparaţie cu pacientele cu noduli puţini sau fără noduli invadaţi. Variaţia activităţii celulei NK a fost explicată în corelaţie cu trei indicatori de suferinţă psihică profundă: ajustare (aplanare), lipsa suportului social, simptome de oboseală şi depresie.

Aceste studii au un interes special întrucât alţi autori au constatat că activitatea celulei NK este perturbată în sens negativ la persoane sănătoase fizic dar aflate în stresul examenelor şi cu o stare de tristeţe provocată de singurătate (studenţi medicinişti);

De asemenea, prezintă interes pentru că activitatea celulei NK este importantă în răspunsul tumorilor de origine virală.

De curând, a crescut interesul pentru cercetarea efectului posibil al dispoziţiei sufleteşti pozitive asupra sistemelor reglatorii cum sunt cele imun şi/sau endocrin. Asemenea însuşiri pozitive: speranţa, optimismul, bucuria, vigoarea, rezistenţa, tăria au fost asociate în mod curent cu răspunsul la boală. S-a demonstrat că în boala cardiovasculară gradul de optimism prezice complicaţiile intraoperatorii şi timpul de recuperare la pacienţii cu operaţie bypass. Cei optimişti au semnificativ mai puţine complicaţii şi o perioadă de refacere mai scurtă.

Într-o populaţie cu cancer mamar avansat, un studiu a arătat că "bucuria", capacitatea de a se bucura, independent, este factor de predicţie pentru timpul de supravieţuire. Pacienţii cu un scor mai ridicat al acestei calităţi, au tins să trăiască semnificativ mai mult.

Probabil că un mecanism prin care fenomenul suportului psiho-social afectează răspunsul la boală constă tocmai în îmbunătăţirea unei astfel de dispoziţii pozitive sau într-o serie de modele de răspuns, încadrate în ceea ce se numeşte - stare de bine .

Cercetătorii din ţările în care sistemul de intervenţie psiho-socială pentru bolnavii de cancer este bine pus la punct, continuă să fie fascinaţi de efectele posibile ale acestor intervenţii asupra cursului bolii. Numeroase studii au scos în evidenţă că intervenţia psiho-socială creşte nu numai confortul pacientului, ci însăşi calitatea vieţii lui şi că îl pot ajuta să trăiască mai mult. "Rezultatele acestor studii indică clar faptul că intervenţiile psiho-sociale au efecte pozitive asupra adaptării emoţionale, adaptării funcţionale şi asupra simptomelor legate de boală şi tratament în cazul adulţilor bolnavi de cancer".

INTERVENŢII PSIHO-SOCIALE PENTRU BOLNAVII DE CANCER. PRINCIPII DE ABORDARE

Numai "tratamentul cancerului", singur nu mai poate fi acceptat ca unic obiectiv al unei instituţii de cercetare a cancerului. Prelungirea timpului de supravieţuire de calitate este un obiectiv pentru jumătate din pacienţii cu cancer care nu au şanse să fie vindecaţi astăzi. Pentru a realiza acest lucru, va fi nevoie să se acorde o mai mare atenţie aspectului "uman" şi psihologic al cancerului, atât în cercetare cât şi în îngrijire (Jimmie C. Holland, M.D.).

La noi, intervenţiile psihosociale privind cancerul au nevoie de suport. Ele trebuie să fie parte integrantă a acţiunilor de prevenţie, control şi recuperare în cancer. O reformă a îngrijirii pentru sănătate pentru a atinge anumite standarde trebuie să dezvolte toate aspectele ei.

Intervenţiile psihosociale pentru bolnavii de cancer au ca obiectiv principal îmbunătăţirea stării psihice şi funcţionale, (reducând suferinţa emoţională şi facilitând adaptarea la boală şi tratament).

Unele intervenţii se adresează şi membrilor familiei bolnavilor, întrucât reuşita lor în a face faţă situaţiei este esenţială pentru starea de bine a pacientului.

Calitatea vieţii pacientului şi adaptarea lui în fiecare moment al bolii este în funcţie de ba;ansul delicat între aspectele medicale, diminuarea efectelor unei stări psihice proaste şi suportul social. În cazul în care starea psihică este echilibrată, boala este incipientă şi bolnavul beneficiază de un suport psiho-social eficient, atunci pacientul are mai puţine dificultăţi psihologice importante. Dacă starea psihică este proastă şi resursele, atât cele personale, cât şi cele sociale au unele dificultăţi, pacientul are nevoie de ajutor, suport psiho-social, chiar dacă severitatea bolii nu este mare şi incapacitatea este minimă. În prezenţa unei boli severe, uneori şi o persoană cu resurse psihice - forţă, echilibru emoţional, stil eficient de a face faţă dificultăţilor - poate simţi la un moment dat că îi este greu să reziste şi din acel moment, are nevoie de ajutor.

Când resursele personale şi/sau sociale prezintă deficienţe, probabilitatea unor tulburări psihice semnificative este foarte mare. Este necesar ca aceste probleme să fie identificate cât mai devreme, să se acorde suport psiho-social astfel încât să poată fi redus riscul de decompensare psihică. Vorbind de suportul psiho-social al bolnavilor de cancer avem în vedere intervenţiile:

- familiei (soţ, soţie, partener, alte rude);
- societăţii (prieteni, vecini, colegi);
- comunităţii - asociaţii, fundaţii, servicii de îngrijire;
  - grupuri de auto-ajutorare;
  - biserica;
- personalului din domeniul sănătăţii, specialiştilor.

Ariile cele mai importante pe care le pot aborda sunt: informaţional, emoţional-afectiv, practic (financiar, instrumental).

În orice situaţie, supravegherea, atenţia acordată stării psihice a pacientului, din partea întregului personal care se ocupă de îngrijirea lui este esenţială pentru adaptarea la solicitări, pentru creşterea calităţii vieţii pacientului în toate etapele bolii.

Un sistem de îngrijire optim, complet, are în vedere faptul că tulburarea emoţională face parte din boală, în cazul fiecărui pacient. Suportul psiho-social la nivelul de bază trebuie să fie asigurat de toţi membrii personalului de îngrijire, mai ales prin oferirea unor informaţii şi direcţionare a bolnavilor, în general. Acest nivel de intervenţie se adresează perturbărilor emoţionale fireşti.

Al doilea nivel al îngrijirii sub aspect psihosocial este cel de rutină care trebuie să fie asigurat de asistenţii sociali (care se ocupă de problemele practice ale bolnavilor legate de bola lor), preoţi (suport spiritual), consilieri, pacienţi „veterani“ (care pot vorbi despre propria lor experienţă în lupta cu boala), grupurile de autoajutor.

Următorul nivel este cel în care sunt abordate problemele speciale, unele tulburări psihice care necesită un diagnostic diferenţiat, probleme care solicită psihoterapie, intervenţii comportamentale pentru controlul durerii, anxietăţii, dar şi suport psihosocial.

Intervenţii psihoterapeutice

Pentru bolnavii de cancer, psihoterapia este în esenţă suportivă şi este practicată în situaţii de stres major. Ţinta este boala şi consecinţele ei. În acest caz nu se încearcă demontarea defenselor psihologice; intenţia este de a ajuta pacientul de a găsi "mecanismele de coping" cele mai eficiente, în cazul lui. Are forma unei intervenţii în criză, mai degrabă decât a unei psihoterapii intensive. Încearcă să se centreze pe problemele specifice mai degrabă decât să încerce o analiză mai generală, o examinare pe termen lung, a psihicului bolnavului. Terapia individuală după diagnosticul de cancer se centrează în special pe următoarele probleme: depresie, anxietate, unele disfuncţii (incapacitate de concentrare), probleme specifice - consecinţe ale bolii şi stăpânirea lor, unele schimbări apărute în familie, probleme care au existat anterior şi au fost accentuate de cancer.

Problemele specifice - consecinţele apariţiei bolii, cel mai des abordate sunt: frica de recidivă, de durere, de moarte; frica de operaţiile adiţionale care pot crea alte probleme; dificultăţi practice.

Prin diferite procedee, psihoterapia elimină o serie de reacţii emoţionale cu caracter dezaptativ şi comportamente neadecvate. Bolnavul este ajutat să elaboreze modele de comportament mai eficiente.

Consilierea

Consilierea, o intervenţie mai restrânsă decât psihoterapia, este de obicei de natură suportivă, informativă, cathartică, catalitică, confruntaţională. Este utilă în fiecare moment important, în perioadele intens stresante,

pe parcursul tratamentului. Obiectivul este adaptarea şi îmbunătăţirea capacităţii funcţionale. Se oferă posibilitatea ameliorării tehnicilor de rezolvare a problemelor.

Psihoterapia de acest gen se poate desfăşura şi în grup; contează preferinţa pacientului. Unii se simt mai bine în grup întrucât îşi diminuează simţământul de izolare.

Intervenţii cognitiv-comportamentale

Sunt centrate pe terapia durerii cronice (de intensitate medie), controlul apetitului, efectele secundare asociate chimioterapiei şi radioterapiei, simptomelor de anxietate şi depresie.

Tehnicile comportamentale includ: relaxarea musculară progresivă, hipnoza, imagieria mentală, tehnicile cognitive feedback, desensibilizare sistematică.

Scopul acestor terapii este de a uşura problemele cu care se confruntă în prezent pacientul; este eficientă când simptomul este bine precizat. Aceste metode de control al simptomelor este eficient în înlăturarea tulburărilor legate de tratament în timpul terapiei, a procedurilor. Pot fi utile în efectele secundare anticipatorii prin chimioterapie, în special greaţa şi voma. Acest gen de terapie se poate desfăşura şi în grup.

Grupuri suportive cognitiv-comportamentale, ajută pacienţii să facă faţă fricii, prin izolarea gândurilor negative şi apoi sugerarea diferitelor comportamente care pot ajuta pe cineva să depăşească frica. Sunt foarte eficiente pentru pregătirea pacienţilor în vederea începerii chimioterapiei. Se practică relaxarea musculară, imagerie ghidată.

Grupuri suportive educaţionale, oferă pacienţilor informaţii care să-i ajute să obţină simţământul capacităţii de control în legătură cu boala lor. Informaţii privind boala, impactul tratamentului, dieta, exerciţii pentru recuperare, relaxare şi diminuare a stresului. Se reduce în acest fel tulburarea psihologică.

Grupurile de autoajutor (self-help group) unele conduse de profesionişti

Sunt foarte răspândite în unele ţări şi recunoscute pentru succesul lor în ajutarea bolnavilor să se simtă mai puţin singuri în a-şi comunica simţămintele altora care înţeleg ceea ce simt ei. Studiile confirmă că există avantaje clare să vezi boala din perspectiva altora şi să observi cum fac faţă alţii problemelor similare.

Psihoterapia de grup expresiv-suportivă, un model de intervenţie pentru îmbunătăţirea calităţii vieţii pacienţilor cu cancer, experimentată în SUA, şi-a dovedit eficienţa; ea este bazată pe concepţia existenţialistă orientată pe: aici şi acum, urmând căutarea unor sensuri, înţelesuri în viaţă şi importanţa înfruntării morţii şi altor probleme dificile.

Bibliografie:

1. *Burish T. G., Carey M.P: Conditioned aversive responses in cancer chemotherapy patients: Theoretical and developmental analysis. J. Consult Clin. Psich. 54: 593-600, 1986.*
2. *Cella D. F. Psychological adjustment and cancer outcome: Levy versus Taylor. Am. Psychologist 40:1275-76, 1985.*
3. *Cox T, C. Mackay. psychological factors and psychophsysiological mechanism in the aetiology and development of cancers. Soc. Sci. Med. 16:381-96, 1982.*
4. *Cullen J. W. Behavioral, psychological and social influences on risk factors, prevention and early detection. Cancer 50 (Suppl., November 1): 1946-53, 1982.*
5. *Dafinoiu I. Sugetie şI hipnoză. Ed. Ştiinţă şi Thenică, 1996.*
6. *Derogatis L., M. Abellof and N. Melisaratos. Psychological coping mechanism and survival time in metastatic breast cancer. J.A.M.A. 242:1504-8,1979.*
7. *Fallofield L.J. Counselling for patients with cancer. Br. Med. 297(6650) 727-728, 1988.*
8. *Fallowfield L, Clark A. Breast cancer, Routledge, London and New York, 1992.*
9. *Fox B. H. and B. H. Newberry (eds.) Impact of Psychoneuroendocrine system in cancer and Immunity. Lewiston, N.Y.: C.J. Hogrefe, 1984.*
10. *Fox B.H.. Psychosocial factors and the immune system in human cancer. In:R. Ader (ed.), Psychoneuroimmunology, New York: Academic Press, p. 103-57, 1981.*
11. *Ghilezan N. Oncologie generală. Ed. Medicală, Bucureşti, 1992.*
12. *Golu M. Dinamica personalităţii, Bucureşti, Ed. Geneze, 1993.*
13. *Golu P. Psihologie socială. Bucureşti, Ed. Didactică şI Pedagogică, 1974.*
14. *Greer S, Morris T, Pettingale KW. Psychological response to brest cencer: Effect on outcome. Lancet, 1979, 2:785-787.*
15. *Greer S. and M. Watson. Towards a psychobiological model of cancer. Psychologycal considerations. Soc. Sci. Med. 20: 773-77, 1985.*
16. *Greer S. and T. Morris. Psychological attributes of women who develop brest cancer. A controlled study. J. Psychosom. Res. 19:147-53, 1975.*
17. *Grossarth-Maticek R.,D. T. Kanazir, H. Vetter and P. Schmidt. Psychosomatic factors involved in the process of cancerogenesis. Psychother. Psychosom, 40:191-210.*
18. *Holdevici I, Vasilescu P. Psihoterapia, tratament fără medicament, Bucureşti, Ed. Ceres, 1993.*
19. *Holdevici I. Psihoterapie ed. Ceres, Bucureşti, 1993.*
20. *Holland J. C, Rowland J. H. Handbook of Psychooncology, New York, Oxford University Press, 1989.*
21. *Holland J.C. Management depression with cancer. Cancer 37(6) 366-371, 1987.*
22. *Iamandescu I.B. Manual de psihologie medicală, Ed. Infomedica, 1995.*
23. *Ionescu G. Psihoterapia. Bucureşti, Ed. Ştiinţifică, 1990.*
24. *Ionescu G. Tratat de psihologie medicală şI psihoterapie, Ed. Asklepios, 1995.*
25. *Lăzărescu M. Psihopatologie Clinică. Ed. Helicon, Timişoara, 1994.*
26. *LeShan L. psychological states as factors in the development of malignant disease: A critical review. J.N.C.I 22:1-18, 1959.*
27. *Levy S., Herban R., M. Lippman and T. d'Angelo. Correlation of stress factors with sustained depresion of natural killer activity and predicted prognosis in patients with breast cancer. J. Clin. Oncol. 5: 348-53.*

32. Shelley E. Taylor. Health Psychology, Random House, New York, 1986.
33. Spiegel D., Boolm J., Yalom S.: Group support for patients with metastatic cancer. Arch. Gen Psychiatry 38: 527-533, 1981.
x Journal of the American Cancer Society by J. B. Lippincott Company, Philadelphia, 1991.

***

Capitolul 7

PROBLEMELE MEDICINII FAMILIEI DIN PERSPECTIVĂ PSIHOSOMATICĂ

Grigore Buşoi

Subiectul pus în discuţie este complex, dificil de structurat pentru medicul de familie la început de drum, dar generos prin deschideri.

Ne propunem să dezvoltăm patru seturi de probleme:

1) Promovarea, menţinerea şi recâştigarea sănătăţii familiei prin modelul bio-psiho-socio-cultural şi ecologic.

2) Abordarea familiei din perspectiva psihosomatică, demers fecund prin apel la principii metodologice provenite din teoria generală a sistemelor şi psihosociologia grupurilor mici.

3) Decriptarea tulburărilor şi patologiei psihosomatice a familiei, plecând de la disfuncţionalităţile vieţii familiale.

4) Să evidenţiem reperele esenţiale ale teoriei şi practicii medicinii psihosomatice familiale.

Pentru început însă simţim nevoia unei puneri succinte în temă.

I. Corpus: medicina familiei-medicina psihosomatică

Vom prezenta o serie de teme în consonanţă care permit înstăpânirea medicului asupra teoriei şi practicii medicinii psihosomatice.

1. Susţinerea sănătăţii familiei prin modelul bio-psiho-socio-cultural şi ecologic

Pentru medicul de MG/MF elementul de referinţă al întregii sale activităţi este sănătatea, în acest context boala este o pierdere a sănătăţii.

Sănătatea în derularea ei, de la sănătatea deplină la sănătatea pierdută, este, în substanţă şi formă, o rezultantă multifactorială bio-psiho-socio-culturală şi ecologică de tip vectorial, exprimată ca libertate funcţională şi relaţională.

Lucrurile ar fi relativ simple dacă am aborda sănătatea individului izolat, scos din câmpul său de viaţă, cu secţionarea conexiunilor. Numai că

individul aparţine unei grupări umane de tip special care este familia sa, că el acţionează într-un câmp existenţial multiplu articulat, într-o reţea, plasă care-l susţine, îl învăluie şi îl leagănă.

Revelator în această conexiune este relaţia dialectică primă minte-corp, relaţia dialectică secundă ins-familie, relaţia dialectică terţiară familie-comunitate (societate) şi relaţia dialectică cuaternară societate-mediu.

Acum putem spune că înţelegem sănătatea familiei ca o capacitate funcţională a sistemului familial, mereu pus în condiţii de solicitare, care dispune de răspunsuri adecvate, de ripostă şi de repliere şi care conduce în final la menţinerea homeostaziei familiale sau la ajustarea ei în limitele unei redundante reacţionale, acceptate ca satisfăcătoare.

În acelaşi timp trebuie spus că familia este o casă cu uşă batantă a existenţei umane care face trecerea între individ şi societate. Este evident că individul şi familia se află într-o unitate dialectică, iar familia este genul proxim al relaţiilor sociale ale omului.

Umanizarea şi socializarea indivizilor se realizează în familie, şi fără acest adevăr orice discuţie despre om rămâne săracă şi periferică.

În ciclicitatea evoluţiei sale, de la copil la adult şi vârstnic, individul se află alături de ceilalţi membri ai familiei în dublă postură, de receptor şi de emiţător al unor semnale şi situaţii care induc procese transformatoare sanogene sau patogene către sine şi spre membrii familiei sale.

Experienţele interpersonale ale copilului, deprinse în familie, se înscriu adânc în forul său interior, condiţionând hotărâtor abordările şi expectaţiile relaţiilor interpersonale şi reuşitele omului de mâine, în exercitarea rolului său de partener conjugal, de părinte şi de cetăţean.

Modelul bio-psiho-socio-cultural al sănătăţii şi al bolii a făcut carieră şi el este operaţional pentru specialistul de MG/MF prin aceea că induce abordarea comprehensiv-holistică a omului.

Dacă acest model este privit dinspre polul pozitiv avem de a face cu sănătatea şi el traduce:

- moştenire genetică fără defecte importante şi libertate funcţională a sistemelor organismului,
- trăire cenestezică, echilibru dispoziţional, contacte interumane lejere;
- îndeplinirea îndatoririlor cotidiene şi participare opţională la viaţa socială;
- stil de viaţă sanogen, cu evitarea factorilor de risc.

Invers, acelaşi model privit prin polul negativ conduce la definirea bolii.

Psihosomatica este importantă pentru medicul de MG/MF pentru că permite studierea interrelaţiei minte-corp ("mind-body"), inclusiv cunoaşterea condiţionării şi amorsării psihofiziologice - către sănătate sau psihopatologice - către boală.

Este de subliniat că psihosomatica cultivă acţiuni pertinente în scop diagnostic (clinica psihosomatică) şi terapeutic (diferite forme de psihoterapie).

Este adevarat că psihosomatica s-a ocupat de analiza factorilor psihocomportamentali implicaţi în apariţia şi dezvoltarea diferitelor

îmbolnăviri exprimate somatic, dar noi am dori să recuperăm psihosomatica pentru medicina sănătăţii.

De aceea vechiul adagiu "minte sănătoasă în corp sănătos" poate fi actualizat în formula: sănătatea minţii pentru sănătatea individului, pentru sănătatea familiei, pentru sănătatea societăţii şi pentru sănătatea mediului.

2. Familia ca sistem şi ca microgrup, percepţii deschizătoare pentru medicina psihosomatică

Abordarea sistemică a familiei permite studiul ei în interrelaţii ierarhic inferioare - individul şi ierarhic superioare - comunitatea, societatea şi mediul, cu posibilitatea interpretării şi explicării manifestărilor funcţional - comportamentale ale familiei în viaţa de toate zilele.

Fenomenele familiale gândite sistemic, prin modelul structură-interacţiune, au valoare euristică în psihologia şi psihopatologia familiei.

Stadiile succesive ale familiei, atât în procesele de dilatare cât şi de contracţie, cuprind momente de stabilitate şi de tranziţie cu relevanţă în patologia psihosomatică. Copilul, ca iniţiator al proceselor familiale de restructurare, la care se pot adăuga şi factorii externi, în diferitele lor ipostaze, probează capacitatea de autoreglare a sistemului familial, prin relevarea unor reguli de comportare şi modalităţi de comunicare, prin evidenţierea tonusului afectiv şi a capacităţii reacţionale.

Dintre indicatorii globali ai organizării sistemice a familiei trebuie luaţi în consideraţie:

▲ homeostazia familiei (echilibru, stabilitate)
▲ coeficientul de coeziune
▲ configuraţia reţelei comunicaţionale
▲ tendinţa de evoluţie
▲ capacitate reacţională

Abordarea complexă, multifactorială a interdependenţelor în câmpul sistemic se face prin aplicarea legilor stocastice, prin elaborarea unor modele matematice.

Parafrazând pe V. Săhleanu putem spune că, pentru medic, dacă e greu să aplice matematica, ştiinţa rece, e mai uşor şi mai potrivit să aplice, creativ, arta terapeutică fierbinte.

Într-o viziune antropologică şi dinamică, familia corespunde definiţiei microgrupului prin ceea ce are el esenţial, adică prin coeziune (indivizii coexistă, renunţând la individualism, în favoarea grupului luat ca întreg).

Coeziunea familiei din perspectiva conflictogenă, via medicina psihosomatică, are patru momente de dificultate:

a. apropierea dintre cei doi parteneri conjugali este marcată de apartenenţa lor la familiile din care provin;

b. satisfacerea nevoilor membrilor familiei, luaţi individual, în relaţia cerere-ofertă;

c. desprinderea copiilor (separare precoce, fuga adolescenţilor etc.);

d. despărţirile (divorţ, deces, înstrăinarea).

Pentru păstrarea coeziunii, familia emite norme, în registru propriu axiologic, care reglementează comportamentele membrilor.

Coeziunea familiei relevă caracterul propriu al relaţiilor afective şi ea este pusă în valoare în momentele dificile ale existenţei familiei: perioadele de tranziţie şi în rezolvarea crizelor.

Eterogenitatea microgrupurilor produsă prin caracteristici diferite ale componenţilor (funcţie de: vârstă şi sex, statusuri şi roluri şi capacităţi operaţionale) se evidenţiază mai ales în registrul psihologic: aspecte cognitive (fiecare are un anumit QI şi nivel cultural; comunicarea este diferită datorită diferenţelor de limbaj proprii diferitelor vârste), dezvoltare afectivă (de exemplu reactivitate emoţională diferită în faţa unui eveniment la nivelul familiei) şi evoluţie psihosocială (de exemplu adulţii îşi conservă autonomia, copiii luptă pentru câştigarea identităţii).

În tulburările afective la nivelul familiei, asistăm la perturbări ale rolului jucat în familie de membrii săi. Prin rol înţelegem un ansamblu de comportamente aşteptate în funcţie de locul sau funcţia pe care un individ îl are într-un grup social.

Perturbările de rol pot îmbrăca diferite forme de exprimare, ele putând fi: insuficiente, excesive, fluctuante sau de necunoaştere.

Astfel, în mod normal, tatăl este liderul instrumental al familiei, el emană autoritate, este responsabil cu securitatea familiei şi realităţile extrafamiliale. Iar mama este acreditată ca lider emoţional al familiei, ea identifică nevoile afective ale familiei şi este responsabilă cu relaţiile intrafamiliale.

Ne vine în minte o exprimare sugestivă, de sorginte populară, privind rolurile bărbatului şi femeii în familie: "Casa fără bărbat este pustie pe dinafară, iar cea fără de femeie este pustie pe dinăuntru".

Inversarea rolurilor parentale sau lipsa unităţii coaliţiei parentale aduc prejudicii dezvoltării psiho-socio-somatice a copiilor.

3. *Disfuncţionalităţile vieţii familiale şi patologia psihosomatică*

Pentru a aplica la familie conceptul psihosomatic şi pentru a înţelege mecanismele de articulare morbigene în această asociere, trebuie să expunem funcţiile familiei şi să trecem în revistă principiile fundamentale ale funcţionării familiei.

Dacă avem în vedere funcţiile esenţiale ale familiei şi potenţialul lor conflictogen inductor de patologie psihosomatică, pentru o mai bună cunoaştere şi acţiune noi le ordonăm într-o dispunere proprie. Astfel, familia asigură următoarele funcţii:

1. cadrul material al existenţei comune (hrană, adăpost, îmbrăcăminte);
2. reglementarea vieţii sexuale şi reproducerea umană;
3. pregătirea copiilor pentru rolul de adulţi;
4. funcţia de stabilizator emoţional;
5. rolul de purtătoare a valorilor morale şi a tradiţiilor;
6. cooperarea economică, cu repartiţie de bunuri ce vizează dezvoltarea şi menţinerea unităţii microgrupului;
7. cadrul de protecţie a membrilor aflaţi în impas, dezideratul maxim fiind reinserţia socială.

Iată acum şi principiile fundamentale ale funcţionării familiei. Aceste principii sunt:

1. Familia este mai mult decât o colecţie de individualităţi, ea este o unitate sistemică interactivă ce are ca părţi comune: un anumit risc genetic, diferite ritualuri existenţiale şi o anumită experienţa de viaţă.

2. Familia propune modele credibile care reglementează comportamentul membrilor ei.

3. Simptomele unui membru sau unor membri ai familiei pot da referinţe despre funcţionalitatea întregului.

4. Abilitatea de a se adapta la o realitate schimbătoare este un semn al funcţionării sanogene a familiei.

5. În familie funcţionează relaţia diagnostică şi terapeutică în triunghi: caz (persoana în cauză), medic (agentul sănătăţii) şi restul familiei (cadru şi suport).

6. În familie funcţionează modelul umanist "toţi pentru unu" care facilitează atât diagnosticul cât şi terapia instituită.

7. Nu există o familie standard, ci familii, cu structuri şi exprimări funcţionale specifice, şi acest lucru trebuie avut în vedere de medic în acţiunile sale.

Fiecare din cele 7 funcţii aparţinătoare unei familii poate fi analizată ca disfuncţie. Condensându-le ajungem la 3 funcţii importante şi anume:

- funcţia referitoare la cuplu;
- funcţia care are ca obiect dezvoltarea copilului;
- funcţia ce se raportează la societate.

Conflictele la nivelul cuplului apar, spre exemplu, când parteneriatul nu funcţionează, când există tulburări sau neîmpliniri în sfera sexuală şi când există moşteniri sau percepţii diferite asupra vieţii.

O problemă centrală a familiei este reprezentată de funcţia de îngrijire a copilului, unde nevoia de afecţiune şi de asigurare a securităţii lui devin elemente obligatorii ale acestui demers acţional.

Această funcţie este la rîndul ei dependentă de o serie de alţi factori cum ar fi: relaţiile dintre părinţi, vârsta părinţilor (părinţi tineri - personalităţi în plină structurare), aportul de încărcare cu sarcini (de exemplu mama profesează, are răspunderi mari în gospodărie şi are grijă de mai mulţi copii), veniturile familiei (surse financiare modeste), asigurarea educaţiei.

În ceea ce priveşte funcţia ce se raportează la societate, apare un conflict între ceea ce oferă societatea (de exemplu pierderea locului de muncă) şi cerinţele familiei (soţul este singurul susţinător al familiei). Pot apărea şi alte situaţii: soţul militar sau soţul care profesează departe de casă.

II. Repere esenţiale în teoria şi practica medicinii psihosomatice familiale

● 1. Medicina generală/medicina de familie în acord cu doctrina sa antropo-socio-ecologico-sophică, ca disciplină medicală integratoare şi integralistă, ca specialitate a cursului vieţii care are ca punct de referinţă sănătatea, înţelege relaţia psyché-soma mai ales prin manifestările rezultate, normale şi patologice, constatate la nivelul individului şi familiei.

2. Familia în evoluţia ei exprimă două laturi: o latură conservatoare (relevă o relativă stabilitate cu păstrarea coeziunii şi identităţii familiei), care se face prin efortul colectiv al componenţilor, şi o latură evolutivă (perioade de tranziţie, cu tensiuni şi anxietăţi) produse prin intermediul membrilor ei, luaţi individual. Din punct de vedere psihosomatic prima latură induce sănătatea familiei, iar cea de-a doua produce, de regulă, suferinţa şi, posibil, boala.

3. Plecând de la unitatea psihosomatică a organismului uman şi a familiei, medicina psihosomatică relevă atât sănătatea cât şi patologia corporală a individului sau a unor componenţi ai familiei, în relaţie directă cu viaţa psihică. Astfel, expresii psihologice, simţăminte pozitive şi emoţii negative îşi găsesc corespondent în exprimări somatice: sănătate fizică, respectiv simptome (prepoziţii psihosomatice), tulburări (propoziţii psihosomatice) sau boli (fraze psihosomatice).

4. În cercetarea stării de sănătate a familiei trebuie să plecăm de la cunoaşterea stării de funcţionare a coaliţiei parentale, întrucât ea asigură unitatea conducerii.

5. Acţiunile şi comportamentele fiecărui membru al familiei au consecinţe directe şi indirecte, manifeste sau latente, asupra celorlalţi membri ai familiei.

6. Între membrii familiei există în anumite perioade tensiuni, ce pot ajunge la conflicte. Problemele psihologice create în dublete (de exemplu tată-fiu) sau triplete (de exemplu tată-mamă-copil) induc o atmosferă psihosomatizantă familială.

7. Medicul de familie trebuie să depisteze stările disarmonice familiale, care se manifestă ca: familie supraprotectivă, familie rigidă, familie superpermisivă, familia disipată ca şi alianţele intrafamiliale împotriva membrului "pus la colţ".

8. În patologia psihosomatică familială apar fenomene specifice: în conflictul dintre soţi rezonatorul este copilul, contagiunea emoţională (boala în doi sau în cascadă), copilul în rol de rival cu părintele de acelaşi sex, alegerea ţapului ispăşitor, încălcarea limitelor între generaţii.

9. Pentru un medic aflat în căutarea adevărului ştiinţific există şi o patologie psihosomatică familială mascată (nu este relevat unul dintre termenii procesului psihosomatic).

10. Pentru un medic experimentat apare ca indubitabil faptul că în orice tulburare sau boală psihosomatică există şi o rădăcină familială: teren reactiv moştenit, stil de viaţă deficient, relaţii familiale perturbate.

11. Bolile psihosomatice pot fi moştenite, ele întâlnindu-se în generaţii succesive. Este posibil să apară şi fenomenul de secular trend. O istorie familială pozitivă în acest sens am întâlnit la astmul bronşic, hipertensiunea arterială, ulcerul duodenal, cancer de sân, migrenă, sindromul dispeptic, colonul iritabil, tulburări funcţionale cardiace, vitiligo, eczemă.

12. În supravegherea stării de sănătate psihosomatice şi relaţionale a copilului trebuie să ne concentrăm atenţia asupra câtorva puncte de importanţă strategică:

- dezvoltarea copilului se realizează prin internalizarea figurii parentale de acelaşi sex şi "competiţie "afectivă cu părintele de sex opus;
- părinţii sunt primii educatori ai copilului, dar ştiu ei ce să-l înveţe?
- trăirea unei relaţii afective continue a copilului cu mama sa, sub prezenţa autorităţii planante a tatălui.

13. În prezent, factorii psihosociali în relaţie cu somatizarea par să îmbrace aspecte particulare:
- starea de sărăcie induce pentru indivizi suferinţe care se exprimă mai mult în plan somatic decât în plan psihic, în timp ce familiile caută să demonstreze contrariul, respingând somatizarea, pentru că ea înseamnă costuri sociale ridicate;
- societatea contemporană, aflată sub formula senzorială prea repede, prea mult, prea tare, prea lucitoare, induce sindroame psihosomatice complexe, intricate. În acest sens se descriu: sindromul oboselii cronice şi fibromialgia;
- dezordinile din viaţa familială, conflictele apărute pe un fond deficient educaţional şi/sau nutriţional în multe cazuri scurtcircuitează somatizarea, transformându-se în acţiuni motorii, cu suspendarea controlului mental. Astfel apar violenţe de mare gravitate, distrugeri de bunuri, violuri şi chiar omucideri. În unele din aceste familii, iadul pare a fi adus pe pamânt.

14. în cadrul psihosociofizicochimioterapiei, în care-şi găseşte locul şi psihoterapia, educaţia şi autoajutorul sunt puncte forte care întăresc parteneriatul medic- pacient- familie.

15. Dacă marile valenţe ale medicului de MG/MF în asistenţa preventivă, curativ-recuperativă şi de predicţie sunt cunoscute, este de recunoscut sub aceleaşi instanţe şi rolul familiei. În aceste roluri familia poate potenţa sau îngrădi acţiunile medicului.

Concluzii

1. Medicina psihosomatică este importantă pentru practica medicală în general şi pentru medicul de familie în special pentru că evidenţiază unitatea organismului, revalorizează personalitatea subiecţilor şi terenul reactiv, invită la depistarea componentei psihice în etiopatogenia bolilor.

2. În realitatea practică **cuplajul psihosomatic ca fenomen răspuntic** (punte cu răspântii la cele două capete: confluenţe, respectiv alternative) relevă intrările (agresiunea psihică, terenul reactiv şi mediul familial permisiv) şi ieşirile (entităţi morbide apărute) şi **pune în ecuaţie cei trei** "C", adică creierul (receptor şi rezonator), corpul (reactor, expozant şi solicitant) **şi comunitatea** (care îngăduie, suportă, modulează şi codifică stresul- suferinţa).

3. În cunoaşterea şi stăpânirea procesului psihosomatic medicul de MG/MF, prin poziţia şi ofertele sale în sistemul medical al sănătăţii (medic de prim contact, medic al continuităţii şi integrarii, medicul personal al pacientului, gate-keeper-ul sistemului), devine personajul principal al acţiunii medicale.

4. Abordarea psihosomatică reprezintă pentru specialitatea MG/MF o primă formă şi treaptă de acţiune holistică. Modelul de referinţă al viitorului va fi însă cel bio-psiho-socio-ecologic; acolo şi atunci empatia, eticul şi economicul vor intra în hora unirii.

5. Sunt necesare studii şi confruntări care să clarifice dezvoltarea raportului psiche-soma ca nucleu al unei medicini antropologice, să se realizeze o clasificare taxonomică a patologiei psihosomatice şi să se descifreze etiopatogenia unor sindroame psihosomatice insuficient cunoscute (de exemplu: sindromul oboselii cronice).

Bibliografie

1. *Athanasiu A. Elemente de psihologie medicală, Ed. Medicală, Bucureşti, 1973.*
2. *Buşoi Gr. Bazele teoretice şi practice ale medicinii generale. În: Medicina generală (sub red. Marin Voiculescu), Ed. Medicală, Bucureşti, 1990.*
3. *Buşoi Gr. Sănătatea şi patologia familiei. În: săptămânalul Viaţa Medicală, 1991, nr.38, 39 şi 40.*
4. *Buşoi Gr. Bolile psihosomatice şi medicina generală, Revista Medicală Română, 1997, nr.1, 2-6.*
5. *Iamandescu I.B. Stresul psihic şi bolile interne I, Ed. All, Bucureşti, 1993.*
6. *Iamandescu I.B. Psihologie medicală, Ed. Infomedica, Bucureşti, 1995.*
7. *Iamandescu I.B. Probleme de ordin psihosomatic în cardiologie şi modalităţi principiale de abordare psihosomatică a bolnavilor cardio-vasculari, Revista Medicală Română, 1996, nr. 2-3, 55-60.*
8. *Ionescu Aurelia. Psihologia familiei. Normalitate şi psihopatologie familială, în Psihologie clinică (colectiv de redacţie: G. Ionescu, M. Bejat, V. Pavelcu), Ed. Academiei R.S.R., Bucureşti, 1985.*
9. *Ionescu G. Psihoterapia, Ed. Ştiinţifică, Bucureşti, 1991.*
10. *Luban-Plozza B., Pöldinger W, Kröger F. Boli psihosomatice în practica medicală, Ed. Medicală, Bucureşti, 1996.*
11. *Peseschkian N. Positive Family Therapy (The Family as Therapist), Springer-Verlag Berlin Heidelberg New-York Tokyo, 1986.*
12. *Săhleanu V. Concepţii despre om în medicina contemporană, Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1976.*
13. *Tudose F. Corpul în psihiatrie (teză de doctorat), Universitatea de Medicină şi Farmacie "Carol Davila", Bucureşti, 1998.*
14. *XXX - Dicţionar de psihologie socială, Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, 1981.*
15. *XXX - Health promotion research - Towards a new social epidemiology (edited by B.Badura and Ilona Kickbusch), WHO Regional Publications European Series No.37, 1991.*

***

Capitolul 8

ALGORITM DE INVESTIGAŢIE PSIHOSOMATICĂ ÎN PEDIATRIE

Carmen Ciofu, Liliana Diaconescu

"Nu există nimic mai psihosomatic decât copilul"
Ajuriaguerra

Premize teoretice

Tratatele de psihosomatică, fie ele clasice sau actuale, menţionează o serie de reguli privind abordarea psihosomatică a bolnavilor, valabile în special pentru adulţi, referirile asupra evaluării în plan psihologic a copilului bolnav fiind concentrate (dacă sunt luate în consideraţie !) în capitole separate. O astfel de "tratare" a acestei probleme deosebit de complexă are, însă, justificările sale pe care vom încerca să le împărtăşim în cele ce urmează.

Complexitatea şi particularităţile abordării psihosomatice a copilului sunt determinate de o varietate de factori:

- copilul este un organism în creştere ce prezintă modificări dinamice;
- prezenţa patologiei pe un astfel de teren aflat în rapid proces de creştere şi dezvoltare se repercutează, uneori ireversibil, asupra întregii dezvoltări psihice a copilului;
- legătura dintre dezvoltarea somatică şi psihică este foarte strânsă (afecţiunile somatice se însoţesc de încetiniri sau opriri ale dezvoltării psihice; tulburările psihice sunt, mult mai pregnant decât la adult, întovărăşite sau reflectate de tulburări somatice);
- boala psihosomatică a copilului este definită după Pinkerton prin triada: profil personal; contribuţie parentală; stresuri emoţionale, deseori banale.
- stadiul dezvoltării psihoafective şi mintale a copilului este important în momentul impactului cu factorul care declanşează boala psihosomatică;
- cu cât copilul este mai mic, cu atât sunt mai exprimate modificările psihosomatice (vezi sugarul care reacţionează "primar" la stimuli simpli: lumină, zgomot);
- prezenţa particularităţilor psihice, neurologice şi somatice specifice diferitelor etape de vârstă condiţionează modul şi căile de abordare terapeutică;

- statutul socio-familial plasează copilul într-o postură de totală dependenţă afectivă şi materială, iar familia apare în postura de intermediar între medic şi bolnav;

- medicul pediatru trebuie să obţină o relaţie psihologică cu copilul şi încrederea acestuia, iar pentru vârstele mici, mai important este o relaţie pozitivă cu familia copilului, respectiv mama sau persoana care îngrijeşte copilul, care devine o sursă de informaţii esenţiale pentru diagnostic (date complete de anamneză, tulburări de comportament, etc.). Modul în care sunt relatate suferinţele copilului (empatic, indiferent, cu notă personală) constituie elemente suplimentare pentru diagnostic. Convorbirea cu părinţii evidenţiază familiile hiperprotectoare, familiile cu nivel socio-cultural scăzut, elemente care şi-au pus amprenta asupra dezvoltării socio-cognitivă sau comportamentală a copilului ("sindromul Munchausen prin înlocuitor" caracterizat prin aceea că mama - prezentând o atitudine hiperprotectoare şi o autoritate patologică - solicită un număr enorm de consultaţii medicale, deşi copilul este normal dezvoltat fizic, intelectual şi sexual).

Orice examen psihologic va fi precedat de examen pediatric complex care să evalueze suferinţele organice ale copilului, eventuala încadrare într-un sindrom genetic, etc.

Anamneza, pe lângă elementele medicale propriu-zise trebuie să aibă în vedere:

I. Antecedente personale fiziologice - cu implicaţii psihologice şi psihosomatice în cadrul cărora o importanţă maximă o are dezvoltarea neuropsihică şi comportamentală a copilului, definită de H.Ey ca proces de metamorfoză a nou-născutului subordonat principiului plăcerii în adultul care ascultă de imperativele realului şi raţiunii.

Dezvoltarea neuropsihică şi comportamentală cuprinde:

1. Dezvoltarea motorie. Trebuie subliniat că dezvoltarea copilului este progresivă, având caracterele unei spirale. Noile achiziţii se clădesc pe cele preexistente. În perioadele de boală sau stress se remarcă regresiunea temporară a performanţelor motorii şi sociale.

2. Dezvoltarea cognitivă. Aceasta include procesele mentale sau operaţionale prin care sugarul devine conştient de existenţa obiectelor din mediu. Procesele cognitive includ percepţia, raţionamentul, judecata, memoria. Conform lui Jean Piaget, dezvoltarea cognitivă cuprinde: perioada senzori-motorie, stadiul de dezvoltare preoperaţional, etapa de gândire concret operaţională. Majoritatea comportamentelor copiilor după naştere sunt înnăscute, dar ele pot fi modificate prin stimuli din mediul înconjurător. Dezvoltarea cognitivă este influenţată de factori biologici, psihologici, sociali, medicali, de mediu, aflaţi într-o strânsă interdependenţă. S-a observat că factorii nebiologici au un rol preponderent dacă sistemul nervos

nu este grav afectat. Dintre toţi, decisiv este factorul familial (nivelul educativ al mamei, starea ei maritală, nivelul economic şi cultural, stresurile familiale). Astfel, în cazul unui deficit al funcţiei cognitive a copilului, trebuie luată în considerare existenţa unor factori de risc în familie, frecvent incriminându-se o comunicare defectuoasă părinţi-copii, o substimulare în cadrul interacţiunii părinţi-copii, separarea temporară sau îndelungată de părinţi.

3. **Inteligenţa.** În determinismul inteligenţei copilului trebuie incluşi factorii genetici (determinanţi) şi factorii de mediu. Unele studii au stabilit existenţa unei corelaţii între comportamentul mamei şi inteligenţa copilului (ostilitatea mamei în prima copilărie se corelează cu un nivel scăzut de inteligenţă a copilului ajuns la vârsta adultă).

4. **Comportamentul prosocial şi socializarea.** Primele relaţii sociale apar la vârsta de trei luni. Odată cu apariţia vorbirii începe şi socializarea copilului. Socializarea este un proces prin care un individ devine membru al unui grup social: familie, comunitate. Pentru a fi acceptat ca membru al grupului, el trebuie să cunoască obiceiurile, atitudinile, dorinţele, valorile şi expectanţele grupului. Copilul începe să înţeleagă ce aşteaptă familia (sau comunitatea) de la el, cum să-şi controleze reacţiile agresive concordant cu normele de convieţuire socială. În timpul procesului de socializare copilul învaţă normele de comportare în societate, rolurile sociale, sensurile ritualurilor, autocontrolul şi autostima. În socializare un rol important au: părinţii (ca modelul social cel mai apropiat de urmat), relaţiile cu ceilalţi copii, jocul, televiziunea.

5. **Dezvoltarea afectivităţii.** Procesele afective se referă la: anxietate, depresie, frică, gelozie, bucurie, amplitudinea emoţiilor. La naştere, există circuite neuronale performate care controlează emoţiile. Esenţial pentru afectivitate este primirea unui răspuns (feed-back) din partea interlocutorului, existenţa unei stări emoţionale reciproce şi rolul modelului matern. Dezvoltarea afectivităţii depinde de: atitudinea empatică a părinţilor, calmul/descărcările emoţionale necontrolate ale părinţilor, stresul familial. Nevoia de afecţiune este una dintre trebuinţele umane ce trebuie satisfăcute (aşa cum rezultă din piramida trebuinţelor prezentată de A.Maslow).

6. **Achiziţia lingvistică.** Dezvoltarea vorbirii este o dovadă de dezvoltare cognitivă, iar prin comunicare influenţează inserţia socială. Capacitatea copilului de a vorbi apare în jurul vârstei de un an. Dezvoltarea vorbirii se face în legătură cu factorii de mediu (de exemplu, copiii ce provin din medii sociale precare vor utiliza un limbaj sărac, neexpresiv).

7. **Jocul.** Exprimă stadiul de dezvoltare fizică, cognitivă şi psiho-emoţională.

De subliniat este faptul că atât factorii biologici cât şi cei psihosociali reprezintă în egală măsură factori de risc pentru dezvoltarea copilului (Tabelul nr.1).

Tabelul nr.1. Factorii de risc pentru dezvoltarea copilului (reprodus parţial după Buddeberg-Fischer und Buddeberg)

FACTORI DE RISC	EXEMPLE
Biologici:	
Dispoziţia genetică	Diabet zaharat, boli autoimune, schizofrenie, depresie
Leziuni prenatale	Infecţii materne
Perinatale	Complicaţii obstetricale la naştere
Postnatale	Hemoragii cerebrale
Psihosociali	Conflicte, abuzuri corporale
Boala psihică în familii	Tulburări comportamentale ale părinţilor, fraţilor
Condiţii educaţionale inadecvate lipsă de experienţă a mamei	Hiperprotecţie, respingere,
Factor stress prin îndepărtarea din familie	Internat sau orfelinat, familii adoptive
Factori stresanţi sociali	Discriminare, migraţie

II. Antecedente heredo-colaterale

Se referă la:

- starea sănătăţii mamei înainte sau în timpul sarcinii, vârsta mamei la naşterea copilului, boli ale mamei debutate postnatal
- starea sănătăţii tatălui
- existenţa unor boli în familie (tuberculoza, luessul, starea de purtător de AgHBs a mamei)
- existenţa unor boli psihice în familie (schizofrenia)
- existenţa unor boli cu transmitere genetică în rândul fraţilor, rudelor

Toate acestea sunt de importanţă extremă pentru diagnosticul şi încadrarea bolnavului. În special bolile psihice şi cele genetice, chiar dacă nu sunt manifestate la copil, influenţează psihicul acestuia (ce poate prezenta o fragilitate emoţională) sau pot determina ulterior boli psihosomatice.

III. Cadrul familial

De mare însemnătate sunt şi aspectele legate de familie:

1. **Calitatea vieţii de familie** este influenţată de factori ce au repercusiuni asupra dezvoltării copilului:
a) Nivel material (economic):
- stresul unor finanţe insuficiente=sursă de instabilitate a familiei;
- apariţia unui copil scade standardul economic al unei familii cu resurse financiare limitate

b) Nivel intelectual
c) Nivel cultural
d) Nivel de educaţie sanitară

Ambii părinţi exercită influenţe asupra copilului, dar mama rămâne părintele crucial.

2. **Echilibrul, stabilitatea familiei** se referă la următoarele aspecte:
a) situaţii conflictuale
b) familii dezorganizate
c) divorţul părinţilor
d) boala cronică a unui părinte sau frate
e) boli psihice în familie
f) decesul unuia din părinţi sau a unui copil

Toate aceste situaţii afectează echilibrul familiei, ceea ce va determina afectarea emoţională a copilului (în funcţie de vulnerabilitatea acestuia la stress).

3. **Interacţiunile din cadrul familiei:**

a) Relaţia copil-familie:
Este o relaţie în dublu sens: familia influenţează dezvoltarea şi comportamentul copilului, iar copilul influenţează familia (naşterea unui copil, schimbările intervenite în viaţa acestuia, conduc la restructurarea activităţii familiei). Din acest motiv examinarea copilului trebuie efectuată în corelaţie cu datele familiei şi nu ca un caz izolat.

b) Relaţia copil bolnav-familie:
Boala cronică a copilului produce stress emoţional, social şi economic asupra familiei (în special asupra mamei). Boala cronică afectează copilul pentru perioade îndelungate de timp (uneori pentru toată viaţa), ceea ce are consecinţe asupra interacţiunii cu mediul fizic şi social, mama şi familia, colegii de şcoală. Boala copilului are implicaţii în fiecare etapă de dezvoltare cognitivă şi psihosocială. Efectele sunt diferite, după temperamentul copilului, suportul psihologic oferit de familie, intervenţia medicală şi asistenţa socială, vârsta de debut a afecţiunii. Boala cronică

afectează legătura cu mediul şi interacţiunea părinţi-copii (aceasta poate evolua pe o scală largă, pornind de la hiperprotecţie până la rejecţie sau abandonare psihică).

4. Tipul de dominare parentală:

a) părinţii autoritari combină autoritatea şi fermitatea în luarea hotărârilor cu o modalitate de relaţie cu copilul căruia îi cultivă independenţa şi recunoaşterea drepturilor

b) părinţii hiperprotectori. Supraprotecţia parentală apare în cazurile unui contact excesiv între mamă şi copil, la vârsta la care ar fi trebuit să se fi instalat relativa lui independenţă. Hiperprotecţia parentală din timpul copilăriei generează lipsa de eficienţă şi competitivitate socială, tulburări emoţionale şi sexuale la vârsta adultă.

c) părinţii indulgenţi nu reuşesc să controleze adecvat activitatea copilului, acceptă şi se supun fără discernământ cererilor lui. Reprezintă un aspect disruptiv al relaţiei părinţi-copii şi survine în situaţii familiale disarmonice.

d) părinţii severi nu lasă iniţiativă copilului şi-l obligă să se supună fără comentarii unor măsuri educative aspre. Agresiunea parentală este consecinţa frustrărilor repetate în viaţa conjugală sau la locul de muncă. Măsurile de severitate excesivă conduc la creşterea agresivităţii şi ostilităţii copilului, producând tensiuni şi conflicte părinţi-copii.

e) părinţii agresivi provin din rândul indivizilor cu experienţe dezastruoase în timpul copilăriei, care au situaţii tensionate în familie, neîncadraţi social. Un copil agresat sexual sau victimă a unui incest prezintă acuze psihosomatice sau tulburări de comportament.

5. Problemele psihologice cu rol determinant asupra psihicului copilului, având şi implicaţii în patogeneză.

Redăm Clasificarea DSM IV, axul IV, privind problemele copilului în cadrul disfuncţiilor familiale:

- decesul unui membru al familiei (tata, mama), probleme de sănătate fizică sau mentală în cadrul familiei, disrupţii familiale (separare, divorţ), pierderea mediului de familie, recăsătorirea unui părinte rămas singur, supraprotecţie familială, abuz sexual, neglijarea copilului, dezacord între fraţi.
- Probleme educaţionale: dificultăţi şcolare, conflicte la şcoală, mediu inadecvat pentru educaţie corectă
- Probleme economice: sărăcie extremă, resurse financiare puţine sau rău distribuite, cheltuieli inadecvate resurselor limitate.

IV. Anomalia relației părinți-copii

Este determinată de trei mari categorii de **cauze:**

a) Patologia relaţională familială (familia dezorganizată sau dizarmonică);

Situaţiile nevrotigene (cauzatoare de stress);
Familii cu părinţi hiperprotectori sau părinţi foarte severi;
Eşecuri şcolare repetate.

b) Particularităţile psihice şi somatice nefavorabile ale copilului (handicap fizic sau mental);
Sindromul psihoorganic cronic (instabilitate, agresivitate, impulsivitate);
Copii dificili, greu de educat.

c) Disfuncţia parentală, determinată de: complexe de inferioritate la locul de muncă sau în familie, frustrare, ostilitate, situaţii conflictuale, anxietate.

Anomalia relaţiei părinţi-copii se traduce clinic printr-un **complex de simptome** ce apar în cadrul bolilor somatice sau a tulburărilor de comportament:

1) **Malnutriţia şi întârzierea creşterii de cauză neorganică** (nanism psihosocial) sunt determinate de neglijarea psihologică a copilului şi de deprivarea emoţională.

2) **Disfuncţii psihice**: dificultăţi de învăţare, tulburări de comunicare, tulburări de comportament (sindronmul tulburării de atenţie, hiperactivitate, comportament agresiv);

3) **Tulburări psihosomatice** ("somatizarea" unor suferinţe din sfera psihică):

a) propriu-zise: discordanţa dintre "severitatea" simptomatologiei, pe de o parte, şi sărăcia modificărilor obiective clinice şi normalitatea investigaţiilor de laborator, pe de altă parte.

b) nediferenţiate: oboseală, lipsă de apetit, suferinţe digestive

c) tulburări de conversie: simptomatologie "pseudoneurologică" (ca rezolvare simbolică a unui conflict psihologic inconştient)

d) durerile neorganice.

4. **Tulburările ingestiei de alimente**: ruminaţie, pica, anorexia nervoasă, bulimia nervoasă.

5. **Tulburări de eliminare şi continenţă sfincteriană:**

a) enurezisul funcţional este favorizat de existenţa părinţilor hiperprotectori sau foarte severi, situaţiile familiale conflictuale, separarea pe termen lung. Este un mod de reacţie considerat ca inacceptabil social şi creează mari complexe de inferioritate copilului. Importanţa factorului psihogen este demonstrată de procentul ridicat de copii enuretici întâlnit în rândul copiilor instituţionalizaţi.

b) encoprezisul nu este exclusiv o tulburare de comportament la copiii cu opoziţionism ce îşi "pedepsesc" astfel părinţii, ci trebuie corelat şi cu existenţa constipaţiei cronice funcţionale.

6. **Tulburările somnului**: trezirea în cursul nopţilor, insomnia, parasomniile sunt determinate de factori temperamentali precum şi de greşeli educaţionale şi relaţii inadecvate părinţi-copii.

7. **Retardul mintal** este determinat de o multitudine de factori biologici (determinanţi) şi psiho-emoţionali, de mediu familial şi social (contextul relaţional familial, atitudinea părinţilor în timpul îngrijirii copilului, sistemul educaţional).

8. **Depresia** se datorează unor factori biologici (depresia endogenă) cât şi unor factori psiho-familiali (depresia exogenă). Este însoţită de simptome

somatice (instabilitate motorie, agitaţie, anorexie sau bulimie, tulburări de somn, tulburări digestive) şi comportamentale (dezinteres pentru propria persoană şi pentru ceilalţi, ruperea contactelor sociale, neglijarea performanţelor academice şi a igienei personale). Este determinată în principal de pierderea unei persoane dragi (decesul unui părinte, pierderea unui părinte prin divorţ).

9. **Anxietatea** are drept cauze principale existenţa relaţiilor anormale părinţi-copii, lipsa afecţiunii materne, separarea. Manifestările clinice sunt diferite în funcţie de vârstă.

sugarul prezintă ţipete excesive, somn agitat, dezinteres pentru masă, ruminaţie;

- copilul preşcolar se manifestă prin hiperactivitate, suptul degetelor, rosul unghiilor, micţiuni frecvente, enurezis;
- copilul şcolar refuză să meargă la şcoală, invocând diverse suferinţe somatice, imaginare sau prin conversie (de exemplu, durerile abdominale care apar la ora plecării la şcoală).

V. Vulnerabilitatea copilului la stress depinde de factori genetici şi psihosociali (în primul rând relaţia cu familia, ulterior cu şcoala şi alte medii sociale). Nu există copil care să nu aibă stress în familie.

Se descriu:

- factori ce pot favoriza relaţia copilului cu stresul:

- factorul stress familial

i. situaţiile ce afectează stabilitatea familiei
ii. relaţii defectuoase părinţi-copii (tabelul nr.2)
iii. tipurile inadecvate de dominare parentală
iv. separarea temporară sau de lungă durată

- factori ce ţin de copil

i. temperamentul (copil "uşor", copil "dificil", copil "flegmatic", ultimele două categorii prezentând mai frecvent disfuncţionalităţi psihologice)
ii. inteligenţa (copiii cu QI ridicat răspund adaptativ în condiţii de stress)
iii. sexul (băieţii suferă mai mult decât fetele dacă sunt supuşi aceloraşi situaţii de stress)

factori protectori împotriva stressului (ce pot acţiona aditiv sau independent)

a) relaţia bună mamă-copil
b) relaţia bună tată-copil
c) interesul particular al unui copil pentru un anumit domeniu de activitate
d) copilul recompensat pentru merite şcolare sau alte activităţi extrafamiliale

e) relaţii bune cu unul din fraţi
f) relaţii bune cu un adult din afara familiei
g) relaţii de prietenie strânsă cu un coleg de şcoală

Tabelul nr.2: Relaţii defectuoase părinţi-copii (reprodus după R.C. Carson and J.N. Butcher)

Condiţii nedorite	Efectele asupra dezvoltării personalităţii copiilor
Respingere	Anxietate, insecuritate, negativism, ostilitate, singurătate, gelozie, întârziere în dezvoltarea conştiinţei
Hiperprotecţie şi restricţii excesive	Supunere, lipsă de autoîncredere, dependenţă în relaţiile cu ceilalţi, subevaluarea
Hiperpermisivitate şi indulgenţă	Egoism, atitudine revendicativă, inabilitate în tolerarea frustrării, nesupunere în faţa autorităţii, nevoie excesivă de a i se acorda atenţie, lipsă de responsabilitate, exploatare în relaţiile interpersonale
Cerinţe nerealiste	Lipsă de spontaneitate, conflicte, tendinţe la autoînvinovăţire dacă nu reuşesc să îndeplinească cerinţele părinţilor
Disciplină defectuoasă Lipsă de disciplină	Agresivitate, tendinţe antisociale
Disciplină severă	Teama sau ura faţă de părinţi, iniţiativă şi spontaneitate redusă, lipsa sentimentelor prieteneşti faţă de ceilalţi
Disciplină inconstantă	Dificultate în stabilirea valorilor ce ghidează comportamentul, tendinţă la comportament agresiv
Comunicare inadecvată	Tendinţa la confuzie, lipsa iniţiativei, autoidentificare neclară, devalorizare

Efectele relaţiilor defectuoase părinţi-copii depind de mai mulţi factori:
- vârsta copilului
- personalitatea copilului
- durata şi gradul relaţiilor defectuoase
- percepţia copilului asupra relaţiilor
- contextul de viaţă şi situaţia familială

Toate cele prezentate subliniază importanţa şi necesitatea însuşirii unor cunoştinţe de psihologie şi în special de psihologie pediatrică, fiind evidentă importanţa factorilor stresanţi familiali asupra dezvoltării neuropsihice şi comportamentale a copilului.

Principii de apreciere a complianţei terapeutice la copil

Complianţa terapeutică se defineşte ca un complex de reacţii psihice ale pacientului la recomandările medicale. Ea reprezintă o componentă majoritar psihologică a actului medical care validează demersurile diagnostice şi terapeutice întreprinse de către medic şi echipa de îngrijire (Iamandescu, 1996). Depinde de o serie de factori (Iamandescu, 1998) şi anume:

- Medicul, care prescrie tratamentul, poate influenţa complianţa terapeutică prin prestigiul său, prin calităţile sale de instructor (răbdare, tact, mod explicit de prezentare a tratamentului şi a efectelor sale secundare), prin calităţile relaţionale faţă de bolnav (autoritate/apropiere/ distanţă faţă de bolnav);

- Bolnavul, ca receptor şi executant al indicaţiilor medicale, prezintă o complianţă terapeutică ce variază în funcţie de nivelul său de înţelegere, de tipul său de personalitate, de existenţa părerilor preconcepute (negative) despre tratament, putând ajunge până la noncomplianţă.

- Boala, prin caracteristicile sale: severitate, evoluţie acută/cronică, implicaţiile asupra activităţii bolnavului, la care se adaugă şi restricţiile impuse bolnavului precum şi efectele secundare ale tratamentului.

Influenţa socială se referă în primul rând la rolul esenţial al familiei (în general pozitiv, de optimizare a complianţei terapeutice), precum şi la intervenţia colegilor sau a celorlalţi bolnavi (ce pot influenţa fie pozitiv, fie negativ comportamentul pacientului).

La copii, complianţa terapeutică este influenţată în mod particular de:

- vârsta copilului
- nivelul de înţelegere al copilului (în funcţie de vârsta şi dezvoltarea neuropsihică)
- temperamentul copilului
- comportamentul parental şi relaţia părinţi-copii (mamele hiperprotectoare sau cu comportament de rejecţie sau de abandonare psihică a copilului duc la scăderea complianţei terapeutice)
- nivelul intelectual, material şi de educaţie sanitară al părinţilor, în special al mamei
- instabilitatea sau dezechilibrul familial
- implicarea familiei privind: respectarea tratamentului, asigurarea condiţiilor necesare vindecării, educarea copiilor în vederea însuşirii comportamentelor sanogenetice şi de prevenire a îmbolnăvirilor.

Pentru a optimiza complianţa terapeutică, medicul pediatru trebuie să ia în considerare toţi aceşti factori şi mai ales faptul că un copil nu poate fi abordat clinic şi terapeutic decât în corelaţie cu cadrul său familial (stabilitate, interacţiuni părinţi-copii, tipuri de dominare parentală, existenţa factorilor favorizanţi/protectori împotriva stresului).

Bibliografie selectivă

1. *Buddeberg C., Willi J.- Psychosoziale Medizin, Springer Berlin-Heidelberg, 1998*
2. *Ciofu C. - Interacţiunea părinţi-copii, Ed. Medicală Amaltea, Bucureşti, 1998*
3. *Ciofu C., Ciofu E. - Examen clinic în pediatrie, Ed.Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1986*
4. *Carson R.C., Butcher J.N. - Abnormal psychology and modern life, Ninth Edition, Harper Collins Publishers Inc., 1992*
5. *Gorgos C. - Dicţionar enciclopedic de psihiatrie, vol.III, Ed.Medicală, Bucureşti, 1989*
6. *Iamandescu I.B. - Psihologie medicală, Ed.Infomedica, Bucureşti, 1997*
7. *Iamandescu I.B. - Psychoneuroallergology, Ed.Romcartexim, 1998*
8. *Meilă P., Milea St. - Tratat de pediatrie, vol.VI, Ed.Medicală, Bucureşti, 1988.*
9. *Piaget J. - Naşterea inteligenţei la copil, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1973.*
10. *Piaget J, Inhelder B. Psihologia copilului, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1970.*
11. *Şchiopu V. (coordonator). Dicţionar de psihologie, Ed. Babel, Bucureşti, 1997.*

***

Elementele de psihosomatică generală şi aplicată selecţionate de autorii cărţii de faţă din aria extrem de largă şi polimorfă a acestui domeniu - nici el suficient de clar delimitat - prezintă un interes deosebit, în primul rând pentru *medicii de familie* sau din *specialităţile medico-chirurgicale*, confruntaţi cu o adevărată avalanşă de bolnavi psihosomatici pe care a generat-o tripla solicitare caracteristică - după Töffler - secolului XX: senzorială, informaţională şi decizională.

La rândul lor, psihologii clinicieni, chemaţi tot mai mult să participe la îngrijirea medicală şi "în echipă" a unor bolnavi nepsihiatrici, vor găsi în această carte noţiuni fundamentale despre stres şi psihosomatică, despre unele forme de psihoterapie, dar mai ales repere medico-psihologice în unele boli psihosomatice cu o largă răspândire şi pe care, într-un viitor apropiat, vor fi chemaţi să le abordeze alături de medic

Întrucât noutatea multora dintre datele cărţii ar putea să suscite rezervele unor specialişti ai momentului actual (cu o anumită "inerţie conceptuală") considerăm că principalii beneficiari ai lucrării vor fi *studenţii în medicină şi psihologie* care, fără îndoială, vor face să avanseze psihosomatica mileniului III.

ISBN: 973-9394-14-0